



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS

Mestrado em Educação Especial
Domínio Cognitivo e Motor

Características, estratégias e práticas de intervenção educativa em alunos com
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Manuel António Silva Costa, nº 3711

Orientador
Prof. Dr. Armindo Rodrigues

Odivelas, 31 de outubro de 2013



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS

Mestrado em Educação Especial

Domínio Cognitivo e Motor

**Características, estratégias e práticas de intervenção educativa em alunos com
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)**

Manuel António Silva Costa, nº 3711

Orientador

Prof. Dr. Armindo Rodrigues

Odivelas, 31 de outubro de 2013

AGRADECIMENTOS

À semelhança de qualquer outro trabalho, para que este fosse possível e desse algum fruto, a colaboração e incentivos de algumas pessoas foram indispensáveis. A essas pessoas aqui deixo os meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço ao Professor Doutor Armindo Rodrigues, meu orientador, pela disponibilidade prestada e por me indicar o melhor caminho a seguir no decorrer deste trabalho.

Agradeço à Professora Doutora Maria Manuel Nunes, pela atenção, disponibilidade e apoio dados na exploração e análise estatística, no qual foi possível ir construindo uma progressiva compreensão.

Agradeço à Direção do agrupamento de escolas onde esta investigação se realizou, pela disponibilidade prestada.

Agradeço a todos os professores inquiridos pela sua importante colaboração.

Agradeço aos meus colegas de trabalho e aos amigos o carinho e força.

Por fim, agradeço à minha família o apoio e encorajamento imprescindível, demonstrados ao longo do tempo.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

Os problemas de hiperatividade e déficit de atenção constituem uma das perturbações mais frequentes na infância e na adolescência que mais preocupam os professores no contexto de sala de aula, tendo um impacto inegável na vida escolar de um número considerável de crianças.

A presente investigação pretende estudar “as opiniões que os professores do 1ºCEB têm acerca das características, bem como das estratégias e das práticas educativas de intervenção, em alunos com Perturbação da Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA)”.

No pressuposto de que conhecer as opiniões destes profissionais em relação às características dos alunos com PHDA, bem como às estratégias e às práticas educativas de intervenção consideradas por si mais adequadas, é uma mais-valia para o processo colaborativo entre o professor de Educação Especial e os colegas do ensino regular, tomar conhecimento de tais opiniões constituirá uma base sólida para tomar decisões acerca das estratégias e das práticas adequadas de intervenção. Assim, foram objetivos deste estudo: verificar se a idade, o tempo de serviço, a situação profissional, a experiência com alunos com PHDA na sala de aula e a formação dos professores do 1ºCEB, influenciam as suas opiniões acerca das características, das estratégias e das práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

Esta pesquisa realizou-se a partir de uma metodologia de carácter exploratório, quase-experimental, sendo os dados recolhidos através de um questionário dividido em quatro grupos: conhecimento dos sujeitos; características do aluno com PHDA; estratégias de intervenção educativa; e práticas de intervenção educativa. Este instrumento foi aplicado a 54 professores do 1ºCEB, de um agrupamento de escolas do concelho de Sintra, que constituem a nossa amostra.

A partir da análise dos dados e do contexto onde o estudo foi realizado, constatamos que são os professores do 1ºCEB que tiveram formação em PHDA/Hiperatividade, aqueles que estão mais atentos às características e aos problemas dos alunos com PHDA. Verificamos que são também os que tiveram formação, bem como os que têm mais idade, mais tempo de serviço e os que têm maior estabilidade profissional, os que aplicam estratégias e práticas educativas mais adequadas.

As principais limitações deste estudo foram: termos recorrido à seleção da nossa amostra por técnicas de conveniência; ter criado novos questionários que, ao não se ter testado a consistência interna dos mesmos, não se conhece se poderiam ou não ser melhorados; não ter havido validação dos questionários por não haver um número suficiente de sujeitos na amostra; e existir a possibilidade de haver algumas variáveis parasitas que poderão ter influenciado alguns resultados.

Palavras-chave: Hiperatividade; PHDA; Problemas comportamentais; Estratégias educativas; Práticas educativas; Escola Inclusiva.

ABSTRACT

The problems of hyperactivity and attention deficit are one of the most common disorders in childhood and adolescence that most concern teachers in the context of the classroom, having an undeniable impact on school life of a considerable number of children.

This research aims to study “the opinions that teachers of the Primary School have about characteristics, as well as strategies and practices of educational intervention, in students with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit (ADHD)”.

On the assumption that meet the opinions of these professionals regarding the characteristics of the students with ADHD, as well as the strategies and the practices of educational intervention considered most appropriate by itself, is an added value to the collaborative process between the special education teacher and the colleagues of mainstream education, take notice of such opinions will provide a solid basis for making decisions about strategies and intervention practices appropriate. Therefore, the objectives of this study were: verify if the age, the service time, the professional situation, the experience with students with ADHD in the classroom and the teacher education of the primary school, influence their opinions about the strategies and the practices of educational intervention, in students with ADHD.

This study was conducted using an exploratory methodology, almost experimental, being the data collected through questionnaire divided into four groups: knowledge of the subject; characteristics of the student with ADHD; strategies of educational intervention; practices of educational intervention. This questionnaire was applied to 54 primary school teachers, of a group of schools in the municipality of Sintra, which are our sample.

From the analysis of the data and of the context in which the study was conducted, we verified that teachers of primary school who had education in ADHD are more aware of the characteristics and problems of students with ADHD. Also verified that those who have had education, as well as those who are older, have longer service and greater professional stability, applied strategies and educational practices most appropriate.

The main limitations of this study were: recurrence to the selection of our study by technical of convenience; have made new questionnaires that, by not having tested their internal consistency, it is unknown whether or not they could be improved; there has been no validation of the questionnaires because there isn't a sufficient number of individuals in the sample; there is the possibility of some variables have influenced some results.

Keywords: hyperactivity; ADHD; behavioural problems; educational strategies; educational practices; inclusive school.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	3
1. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)	3
1.1. Perspetiva histórica	3
1.2. Definição/caracterização	6
1.3. Etiologia	11
1.4. Diagnóstico e Avaliação	16
1.5. Incidência e prevalência	22
2. A Inclusão	24
2.1. A escola inclusiva	24
3. Estratégias educativas de intervenção	28
3.1. Entrada da criança no 1º Ciclo do Ensino Básico	28
3.2. O papel do Conselho Executivo	29
3.3. O papel do professor titular de turma	32
3.4. Gestão da sala de aula	34
3.5. Organização da sala de aula	35
3.6. Gestão comportamental/Contratos comportamentais	37
4. Práticas de intervenção educativa/ Tratamentos e terapêuticas	40
4.1. Intervenção farmacológica	40
4.2. Terapia comportamental e cognitiva	43
4.3. Terapia de inspiração Psicanalítica	46
4.4. A meditação	48
4.5. Tratamentos combinados	48
5. Objeto de estudo	50
5.1. Definição do problema	50
5.2. Objetivos do estudo	51
5.3. Definição das hipóteses	52
5.4. Relevância do estudo	53
CAPÍTULO II - MÉTODO	54
1. Plano de investigação	54
2. Participantes	55
2.1. Definição e seleção dos sujeitos	55
2.2. Caracterização dos sujeitos	56

3. Medidas	59
3.1. Definição e caracterização das variáveis	59
3.2. Fundamentação dos sistemas de análise	60
4. Procedimentos	62
5. Tratamento dos dados	63
<i>CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i>	64
1. Apresentação dos resultados	64
2. Interpretação e discussão dos resultados	106
<i>CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES</i>	114
<i>CAPÍTULO V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	117
<i>APÊNDICES</i>	120
Apêndice 1 – Questionário utilizado	121
Apêndice 2 – Pedido de autorização ao agrupamento de escolas	127

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	.....	55
Gráfico 2	.....	56
Gráfico 3	.....	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	.....	56
Tabela 2	.....	57
Tabela 3	.....	57
Tabela 4	.....	63
Tabela 5	.....	64
Tabela 6	.....	65
Tabela 7	.....	66
Tabela 8	.....	67
Tabela 9	.....	69
Tabela 10	.....	70
Tabela 11	.....	72
Tabela 12	.....	74
Tabela 13	.....	75
Tabela 14	.....	78
Tabela 15	.....	80
Tabela 16	.....	81
Tabela 17	.....	84
Tabela 18	.....	86
Tabela 19	.....	87
Tabela 20	.....	90
Tabela 21	.....	92
Tabela 22	.....	93
Tabela 23	.....	96
Tabela 24	.....	98
Tabela 25	.....	99
Tabela 26	.....	102
Tabela 27	.....	104

INTRODUÇÃO

Atualmente são muitos os desafios que se apresentam à educação. Na verdade, nunca como hoje o paradigma da mudança se afirmou de forma tão perentória, condicionando modos de pensar e de agir. De facto, a nova política de inclusão dos alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) no ensino regular, obrigou o sistema escolar a reformular o modelo tradicional de intervenção pedagógica na sala de aula. Capucha (2008) refere que a integração desses alunos, entre outros aspectos, implica a qualificação e formação contínua de professores e a orientação e intervenção psicopedagógica.

Uma escola inclusiva é aquela onde todos os alunos são aceites, educados e recebem oportunidades adequadas às suas habilidades e necessidades.

Segundo Unesco (1994), o princípio orientador da Declaração de Salamanca, é de que todas as escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades dos seus alunos adaptando-se aos vários ritmos e estilos de aprendizagem de cada um, de modo “a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades.”(p.3)

Essa escola, parte do pressuposto de que todas as crianças podem aprender e fazer parte da vida escolar e comunitária. Na escola inclusiva, a diversidade e a diferenciação pedagógica são valorizadas como meio de fortalecer a turma de alunos e oferecer a todos os seus membros maiores oportunidades para a aprendizagem.

Esta investigação, realizada no âmbito da dissertação de *Mestrado em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor*, pretende estudar o conhecimento que os professores do 1ºCiclo do Ensino Básico (1ºCEB) têm, relativamente às características da criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e à aplicação de estratégias e de práticas educativas a implementar com estes alunos na classe regular, de forma a contribuir para uma educação cada vez mais inclusiva.

Através da análise do conhecimento destes profissionais, não pretendemos criticar o seu papel e/ou as suas atitudes, mas antes contribuir para a reflexão e consequente aperfeiçoamento das suas práticas.

Efetivamente, o diálogo e colaboração entre o professor da Educação Especial e o professor do ensino regular deve sempre conduzir a uma melhoria das práticas de intervenção em vista de uma melhor inclusão.

Assim, este trabalho de investigação tem como finalidade responder à seguinte questão de partida:

Será que a idade, o tempo de serviço, a situação profissional, a experiência profissional com alunos com PHDA na sala de aula e a formação dos professores do 1ºCEB, influenciam as suas opiniões sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção, quando trabalham com crianças com PHDA?

Em torno desta questão surgiram os objetivos específicos deste trabalho: verificar se a idade, o tempo de serviço, a situação profissional, a experiência com alunos com PHDA e a formação, influenciam as opiniões dos professores do 1º CEB acerca das características, das estratégias e das práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

No sentido de aprofundar a questão de partida, desenvolvemos este estudo, cuja organização segue uma sequência lógica que se divide em partes distintas, mas interligadas entre si.

No primeiro capítulo, apresentamos a formulação do problema através do enquadramento teórico do estudo abordado. Partimos da revisão bibliográfica para aprofundar os nossos conhecimentos relativamente à definição e caracterização da PHDA, às possíveis causas, ao diagnóstico e avaliação e à incidência e prevalência desta perturbação. Fizemos uma breve abordagem à escola inclusiva tendo em conta a sua evolução ao longo dos tempos. Apresentamos ainda diferentes estratégias e diferentes práticas de intervenção educativa que podem ser utilizadas pelos docentes em contexto de sala de aula ou pela escola, como forma de melhorar as aprendizagens, os comportamentos e as atitudes dos alunos com PHDA e contribuir para a sua inclusão no seio da comunidade educativa.

Depois de enquadrar o presente estudo, através da abordagem teórica sustentada nos diferentes autores apresentados, no primeiro capítulo expomos ainda o nosso objeto de estudo: a enunciação do problema, os objetivos do estudo, a definição das hipóteses e a relevância do estudo.

No segundo capítulo damos a conhecer a metodologia utilizada nesta investigação através da apresentação do plano de investigação, dos sujeitos, das variáveis, dos procedimentos e do tratamento de dados.

No terceiro capítulo é feita a apresentação, a interpretação e discussão dos resultados obtidos.

No quarto capítulo apresentamos as conclusões deduzidas do estudo realizado, tendo em conta as limitações do mesmo e são apontadas linhas futuras de investigação.

Finalmente são indicadas as referências bibliográficas consultadas e utilizadas neste estudo e apresentados os apêndices do nosso trabalho.

CAPITULO I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

1. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

“Correm em vez de andar. Não gostam de estar «presas» seja de que maneira for. Se as agarramos, fazem tudo para se libertarem. Trepam por cima de tudo e saltam para cima das coisas, numa altura em que as crianças da mesma idade já não fazem nada disso.”

(Selikowitz, 2010, p. 54)

1.1.Perspetiva histórica

Ao que podemos designar vulgarmente por hiperatividade podemos encontrar as primeiras referências na segunda metade do séc.XIX.

As crianças com os sintomas característicos da hiperatividade, eram em 1860 “referenciadas como portadoras da «deficiência da consciência moral».” (Weiner, 1992; citado por Nogueira & Lopes, 1998, p.12)

“A primeira descrição de crianças com este distúrbio foi feita por um médico inglês, o Dr. George Still, em 1902. Descreveu 20 crianças no seu consultório com défice de atenção e excesso de actividade. O Dr. Still reconheceu que isto não ficava a dever-se a qualquer falha de educação.”

(Selikowitz, 2010, p.33)

Segundo Still (1902, citado por Lopes, 2003), as crianças estudadas apresentavam deficiência do controlo moral, níveis baixos de atenção, de agressividade, de hiperatividade e, referia como problemas associados, a crueldade, a desonestidade, a desobediência sistemática e problemas na aprendizagem escolar. Convicto da origem orgânica do problema, referiu ainda detalhadamente algumas anomalias físicas das crianças com esta problemática, incluindo “um tamanho anormalmente grande da cabeça, malformações do palato ou a vulnerabilidade às infeções. A elevada incidência de alcoolismo, distúrbios afectivos e condutas delinquentes das famílias das crianças são igualmente descritos.” (p.16)

É evidente que o contexto social, político e científico da época levaram a alguns exageros que foram criticados por alguns autores como Shachar (1986, citado por Lopes, 2003), que consideraram que tais trabalhos levavam à segregação social destas crianças e se revelavam mais prejudiciais do que úteis.

No entanto, (Pennington, 1991; Posner, 1998; citados em Lopes, 2003) não deixam de realçar a importância dos trabalhos deixados por Still, que foram pioneiros na área da psicopatologia da infância, referindo que “os mais recentes modelos neuropsicológicos, neuroquímicos e neurobiológicos do DHDA, embora num outro plano e com técnicas muitíssimo mais desenvolvidas, não se afastam substancialmente da linha de pensamento de Still.” (p.17)

Entre 1917-1918, nos Estados Unidos da América (EUA), após um grande surto de encefalite, o interesse dos clínicos norte americanos pelo estudo destes sintomas foi reavivado, uma vez que várias crianças sofreram de “uma forma de encefalite que as deixou com dificuldades de atenção, excesso de atividade e impulsividade.” (Selikowitz, 2010, p.33)

Como a encefalite danificou determinadas zonas do cérebro que são também afetadas em crianças com hiperatividade, estas apresentaram características comportamentais semelhantes.

Strauss et al. (1947, citado em Nogueira & Lopes, 1998), contribuem significativamente para a explicação etiológica do distúrbio em termos de lesão cerebral, ao construírem a entidade conceptual da criança com lesão cerebral.

“Nos anos 50, a atenção centrou-se em crianças com hiperatividade e foi aplicado o termo «distúrbio hiperquinético-impulsivo».” (Selikowitz, 2010, p.33)

Segundo Nogueira & Lopes (1998), este distúrbio ou perturbação seria causada por lesão ou disfunção do diencefalo.

Durante este período de investigações, segundo Barkley (1998), os pais eram culpabilizados pelas atitudes e problemas que os filhos apresentavam.

Nos anos 60, segundo Selikowitz (2010), passou a ser utilizado o termo *disfunção cerebral mínima (DCM)* para as crianças com PHDA.

No entanto, alguns autores começaram a questionar e a sugerir a substituição deste termo. Desde cedo o termo DCM foi alvo de objecções e foi crescente a insatisfação em seu torno, pelo que (Burks, 1960; Chess, 1960; Ounstead, 1955; citados por Lopes 2003), sugeriram a sua substituição pelo conceito de *Síndrome Hiperativa da Infância*.

Barkley (1998) refere um artigo publicado por Chess (1960), que veio, de certa forma, alterar a visão que se tinha das causas apontadas para a hiperatividade nas crianças com esta perturbação e considera este artigo como historicamente significativo, por diversas razões: (1) o aspeto definidor do distúrbio estava relacionado com a actividade da criança; (2) reforçou a necessidade de considerar a evidência sintomatológica objetiva, para além das apreciações dos pais e professores; (3) retirou aos pais a culpabilidade pelas atitudes e problemas dos filhos; (4) fez uma distinção/separação entre os conceitos de síndrome de hiperactividade e de síndrome de lesão cerebral.

Nesta década começaram ainda a divergir as atitudes e os critérios de diagnóstico em relação à PHDA. Enquanto no Reino Unido e noutras partes da Europa, segundo Barkley (1998), se seguia a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos EUA seguiam uma classificação diferente, o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II; American Psychiatric Association, 1968).” (pp.9-10)

Safer & Allen (1979, citados por Bautista, 1997), transferiram a importância atribuída à lesão orgânica para um ponto de vista mais funcional que procura definir a hiperatividade como uma síndrome comportamental cuja principal característica é a atividade motora excessiva. Para estes autores seria incorreto aplicar o termo síndrome pois os sinais clínicos de hiperatividade não constituíam um conjunto de características que estivessem de acordo com o termo. Para eles a hiperatividade evolutiva era encarada como a única característica específica deste quadro e definiram-na como uma norma de atividade excessiva em situações que requerem a inibição motora, sendo esta persistente ou contínua ano após ano.

Anos mais tarde, nos EUA, foi utilizado o termo *Distúrbio de Défice de Atenção (ADD)*, introduzido para definir um défice de atenção/ concentração. Desta forma as crianças que demonstravam falta de atenção, com ou sem hiperatividade, eram consideradas crianças com ADD. As que tinham hiperatividade eram consideradas crianças com *ADD+H*, enquanto as que não tinham eram consideradas *ADD-H*.

“Em finais da década de 1980, o termo «ADHD» foi introduzido nos EUA para descrever crianças com hiperatividade e/ou impulsividade, enquanto o termo «ADD» foi reservado para crianças apenas com fraca concentração.” (Selikowitz, 2010, p.34)

Segundo o mesmo autor (2010), desde 1994, é utilizado nos EUA o termo *Défice de Atenção/Distúrbio de Hiperatividade* a que correspondem as abreviaturas *AD/HD* ou *ADHD*, e foi nesta altura que foram introduzidos os três subtipos desta perturbação: desatento, hiperativo-impulsivo e combinado.

Em Portugal esta terminologia surge com a abreviatura PHDA (Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção).

No Reino Unido e na Europa o diagnóstico e tratamento desta perturbação vai cada vez mais em linha com o que se pratica nos EUA. Como exemplo temos os critérios semelhantes de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e os critérios da DSM-IV americana.

Em novembro de 2000, no Consenso Internacional sobre PHDA, realizado no Reino Unido e que contou com a presença de mais de 90 cientistas, investigadores e médicos de 12 países, segundo Selikowitz (2010), estes geraram consensos e reuniram opiniões favoráveis à unanimidade

e reflexão conjunta em relação à PHDA. “Neste momento todos os países de língua oficial inglesa utilizam a mesma terminologia, critérios de diagnóstico e protocolos de tratamento.” (p.35)

Isto contribuiu significativamente para um maior acesso a informação, a estudos realizados e a equipamento direcionado para auxiliar professores e pais no apoio a crianças com esta perturbação.

1.2. Definição/caracterização

“A característica essencial de Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade/hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento.”

(American Psychiatric Association, 2002, p. 85)

As características de défice de atenção, hiperatividade e impulsividade, segundo a American Psychiatric Association (2002), causam prejuízos, tanto à criança com PHDA, como aos outros, em pelo menos dois contextos diferentes (geralmente, em casa e na escola ou trabalho).

Os principais sinais clínicos nestas crianças são visíveis ao nível da esfera cognitiva, da esfera comportamental e da esfera emocional, conduzindo a dificuldades de aprendizagem e de relacionamento social que afetam significativamente o seu bem-estar e, muitas vezes, o bem-estar de quem a rodeia.

1.2.1. Dimensão cognitiva: perturbação da atenção

As crianças com PHDA, segundo Selikowitz (2010), normalmente sentem dificuldade em prestar atenção aos pormenores, não compreendem e não seguem todas as instruções dadas, nem conseguem terminar os trabalhos e tarefas que lhes são pedidas, distraem-se facilmente e têm tendência para se esquecer de coisas no dia-a-dia. O défice de atenção verifica-se mais intensamente quando necessitam de ouvir (atenção auditiva) do que quando têm de ver (atenção visual).

“As crianças com PHDA exibem, por definição, elevados níveis de desatenção relativamente a outras crianças com a mesma idade.” (Lopes, 2003, p. 69)

No plano clínico, Bréjard & Bonnet (2008), referem que a perturbação da atenção se declina da seguinte forma:

- hipoprosexia: diminuição da atenção com dificuldades de concentração, pelo que a criança manifesta aborrecimento, facilmente se distrai por elementos exteriores à tarefa e dificilmente segue as instruções ou as regras;
- aprosexia: dificuldade de atenção com distração extrema e impossibilidade de se concentrar de forma prolongada. Nesta forma mais grave a criança não é capaz de se concentrar numa tarefa que exija a manutenção da sua atenção e parece não ouvir, nem se concentrar no que lhe é dito pelo adulto.

Na sala de aula, Sosin & Sosin (2006), referem que o aluno com PHDA, frequentemente, está presente fisicamente mas a sua mente encontra-se distante, como se não estivesse realmente lá.

Estas dificuldades são menos aparentes, como refere Barkley (1998), se a criança faz jogos de curta duração ou quando pode utilizar e mudar de brinquedo.

Vários estudos se debruçaram sobre a capacidade de atenção quando a criança realiza determinada tarefa. Segundo Nogueira & Lopes (1998), quanto mais enfadonha, repetitiva ou aborrecida é a tarefa mais rapidamente conduz à distractibilidade da criança com PHDA.

Barkley (1998), refere que este desinteresse parece estar relacionado com o facto de a tarefa não possuir um valor de atração suficiente ou não produzir recompensa imediata e visível para o sujeito.

Quando falamos em atividades altamente recompensadoras, Lopes (2003) refere que a recompensa constitui a principal fonte de comportamentos *fora da tarefa*. Neste caso a distração não é causada por estímulos externos, mas sim pela desinibição comportamental da criança, que quando é confrontada com atividades altamente recompensadoras e que competem com a tarefa que lhe é exigida, é incapaz de seguir as instruções que lhe são dadas.

A falta de atenção é também agravada pelo seu processamento auditivo (modo como o cérebro processa as informações auditivas que recebe). Sosin & Sosin (2006), referem que, geralmente, as pessoas com PHDA têm uma audição apurada, sendo que é facilmente desviada para todo um conjunto de sons que a rodeiam dificultando assim a sua concentração quando alguém lhe dirige o discurso, isto faz com que ouça apenas parte das instruções que lhe são transmitidas, o que prejudica o seu rendimento escolar.

Assim, podemos dizer que as maiores dificuldades das crianças com PHDA se prendem com a dificuldade de se manterem focadas no meio de vários fatores de distração, como por exemplo os que existem na escola e, mais especificamente, na sala de aula. Como se revelam mais concentradas no horário da manhã, segundo Selikowitz (2010), deve ser reservado para este período o trabalho mais exigente; também revelam maior atenção quando trabalham individualmente com o professor, pelo que este apoio ao aluno com PHDA, deve ser dado sempre que possível.

1.2.2. Dimensão comportamental: a hiperatividade e a impulsividade

Segundo a American Psychiatric Association (2002), a hiperatividade refere-se a níveis excessivos de atividade motora e/ou oralidade.

Normalmente, as crianças com PHDA são muito faladoras, têm dificuldades em ficar sentadas e parecem estar sempre a mexer-se. “Mexem-se na carteira, estão sempre a dar pontapés, a tamborilar os dedos, a brincar com os objetos que estiverem mais à mão e normalmente transmitem a sensação de serem impulsionadas por motores que não é possível desligar.” (Sosin & Sosin, 2006, pp. 43-44)

As crianças que sofrem de hiperatividade, segundo Bréjard & Bonnet (2008), têm, de facto, um nível de atividade motora superior às da mesma idade observando-se um conjunto de comportamentos desordenados, cuja principal característica é o excesso quantitativo e o nível altamente perturbador.

O grau de excesso de atividade nas crianças com PHDA varia entre a criança que raramente está quieta e a que tem apenas a sensação excessiva de agitação. Selikowitz (2010) aponta três categorias descritivas de excesso de atividade: a agitação, o nervoso miudinho e a irrequietude. A primeira manifesta-se através de uma sensação continuada de agitação, mas que se mantém ao nível de crianças da sua idade; o nervoso miudinho verifica-se quando a criança nunca pára quieta, está sempre a mexer-se, a sacudir-se ou a retorcer-se, a tamborilar os dedos e a bater com objetos que tenha em cima da mesa; a irrequietude ou os *irrequietos* são vistos como os trepadores e corredores e é considerada a forma mais grave de excesso de atividade, isto porque as crianças não têm noção do perigo, são impulsivas e pouco aprendem com a experiência levando a repetidas quedas e ferimentos.

A impulsividade ou desinibição comportamental agrava em muito os sintomas da hiperatividade e geralmente não se revela um fator separado desta. “A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O fracasso na inibição de comportamento tem recebido na literatura a denominação de impulsividade.” (Lopes, 2003, p.81)

A impulsividade está relacionada com a dificuldade em agir sem pensar. Esta característica gera grandes problemas em casa e na escola ou trabalho (em adultos). Geralmente, as crianças com PHDA têm dificuldade em adiar respostas e em esperar pela sua vez, interrompem e interferem frequentemente os outros levando a erros frequentes e atitudes precipitadas.

“De facto, os erros impulsivos e o nível excessivo de actividade são os sintomas que melhor discriminam as crianças com DHDA, podendo ser os primeiros a contribuir para os problemas de atenção que estas crianças revelam.” (Nogueira & Lopes, 1998, p.18)

Segundo Barkley (1998), é ainda frequente desafiarem os colegas, caluniá-los e destruir as suas coisas. No contacto com estas crianças, a impressão que nos fica é a de que são irresponsáveis, imaturas, preguiçosas e que não controlam os seus atos, levando a serem censuradas, criticadas e punidas quer pelos adultos quer pelos pares.

A impulsividade pode assim revelar-se um sério problema para alunos e professores, uma vez que um aluno impulsivo, segundo Sosin & Sosin (2006), além das atitudes já relatadas, pode ainda perturbar as aulas repetidamente, falando sem ser a sua vez, fazendo palhaçadas ou brincadeiras inoportunas, ou desviando uma conversa do percurso pretendido.

Quando confrontados com tarefas que lhe parecem mais aborrecidas, tentam encontrar a forma mais rápida, como que um atalho, para a concluir, utilizando o menor esforço possível. Segundo Barkley (1998), são também incapazes de falar em particular de forma discreta sobre um determinado assunto, sem se preocuparem com os sentimentos dos outros, não medindo as consequências das suas palavras.

Podem revelar-se incómodas para os elementos da comunidade escolar devido às suas constantes interrupções ou atitudes agressivas. Porém, não compreendem quando lhes dizem que fizeram algo errado. Sosin & Sosin (2006) referem que isto acontece porque, na realidade, estas crianças não têm consciência do seu comportamento desobediente ou traquina.

Segundo Selikowitz (2010), podem mesmo ser ingénuas ao ponto de fazerem disparates quando incentivadas pelos pares, mesmo sabendo que o que fazem é algo perigoso que não se deve fazer. Isto acontece porque não têm noção do risco que correm nem do risco em que podem colocar os outros. Juntam-se frequentemente a outras crianças para fazerem asneiras, mas geralmente, quem é apanhada e leva com as culpas é a criança com PHDA. A sua impulsividade leva ainda a uma maior propensão a acidentes. São comuns fraturas, intoxicações ou queimaduras durante a sua infância.

Como referem Sosin & Sosin (2006), estes problemas podem prolongar-se e agravar-se pela adolescência e idade adulta levando o jovem com PHDA a comportamentos sociais frustrantes, a problemas disciplinares e problemas de auto-estima. Na adolescência a propensão para desastres e comportamentos de risco é evidente: podem experimentar e consumir álcool e drogas ou experimentar experiências sexuais sem preservativo, por exemplo.

Segundo Lopes (2003), as estatísticas revelam um aumento de 50% nos acidentes de bicicleta, um aumento de 33% de idas às urgências, e a incidências duas vezes superiores na utilização abusiva de drogas em indivíduos com PHDA, em comparação com indivíduos sem esta perturbação.

1.2.3. Dimensão emocional

A esfera emocional é também um fator muito importante a ter em conta quando falamos da PHDA, que nem sempre é tida em conta.

A vertente emocional, segundo Bréjard & Bonnet (2008), é afetada nos seguintes planos:

- 1) *Euforia e estado de eção*: a criança apresenta expressões de alegria exageradas e um excessivo humor positivo;
- 2) *Instabilidade emocional*: a criança passa rapidamente do riso à fúria ou ao amuo, além disso, pode abandonar rapidamente uma atividade que parecia estar a dar-lhe prazer em favor de outra, sentindo dificuldade em envolver-se, em manter-se e na conclusão de uma determinada tarefa;
- 3) *Crises de fúria*: a criança tem crises de fúria frequentes, que surgem como reação às regras impostas pelo ambiente, estas podem expressar-se sob a forma de gritos e gesticulações, através dos quais a criança procura escapar ao adulto;
- 4) *Disforia*: não raras vezes, a criança apresenta sentimentos de tristeza, de mal-estar e uma série de afetos negativos que à primeira vista podem ser dissimulados pela vertente espetacular dos sentimentos que demonstra.

1.2.4. Problemas associados às dificuldades de aprendizagem

As dificuldades de aprendizagem apresentadas pelas crianças com PHDA, em alguns casos, podem estar mais relacionadas com incapacidades no processamento de informação do que propriamente com problemas de comportamento.

Selikowitz (2010), refere que o comportamento da criança condiciona a sua aprendizagem mas que não nos podemos esquecer que as dificuldades de aprendizagem também se verificam em crianças sem problemas de comportamento. Assim, aponta as seguintes causas para as dificuldades de aprendizagem em alunos com PHDA: (1)déficé de atenção; (2)impulsividade; (3) déficé de memória ativa; (4)rebeldia; (5)baixa auto-estima; (6)dificuldades sociais; (7)fraca motivação incentivadora; (8)déficé de processamento auditivo; (9)dificuldades ortográficas; (10)dificuldades de caligrafia; e (11)dificuldades de organização.

Selikowitz (2010), refere ainda que a dislexia, dificuldade específica da aprendizagem que interfere com a capacidade leitora, também é comum em crianças com PHDA, estando associada muitas vezes a esta perturbação. Em maior parte dos casos, quando uma criança com PHDA do tipo predominantemente desatento é bem comportada, as dificuldades apresentadas são, erradamente,

atribuídas apenas à dislexia. Isto faz com que a criança comece a ter aulas de apoio que trarão poucos progressos pois a incapacidade da memória ativa e da atenção vão continuar a apresentar-se como um entrave à aprendizagem.

Além da dislexia, é importante referir que existe uma grande probabilidade de existirem, associadas à PHDA outras perturbações que condicionam ainda mais a vida escolar e social do aluno.

As comorbilidades mais frequentes são, segundo Bréjard & Bonnet (2008), as perturbações do comportamento e a perturbação de oposição ao nível comportamental, e as perturbações depressivas e as perturbações ansiosas ao nível emocional. Além destas existem ainda outras perturbações associadas à PHDA, são elas: as perturbações neurovegetativas (perturbações do sono, enurese) e os tiques (síndrome Gilles de la Tourette).

As perturbações associadas constituem assim um quadro clínico que pode surgir na criança com PHDA e que a perturba tanto ao nível da aprendizagem como a nível emocional, comportamental e social. Isto revela-se na criança através de sentimentos de mal-estar e de um sofrimento constante e prolongado no tempo.

1.3.Etiologia

“A questão da origem da hiperactividade é muito complexa, e as causas susceptíveis de conduzir a um quadro comportamental que englobe este tipo de perturbações são múltiplas. Aliás, actualmente não há consenso quanto a esta origem, tanto no seio da comunidade científica como entre os clínicos.”

(Bréjard & Bonnet, 2008, p. 95)

A PHDA é uma das perturbações da infância e adolescência mais estudadas ao longo do tempo. Contudo, a investigação tem revelado grande dificuldade em atribuir-lhe uma causa concreta. Durante as últimas décadas foram propostas várias hipóteses para explicar as causas desta perturbação.

Foram realizados diversos estudos levados a cabo por um grande número de investigadores evidenciando várias explicações e anulando tantas outras. Algumas foram aceites como tendo mérito, ao passo que outras foram recusadas devido à ausência de uma prova científica que as suporte.

Segundo Barkley (1998), as investigações parecem evidenciar o contributo de explicações biológicas, evidenciando-se uma forte componente genética e hereditária, sobretudo em formas de PHDA mais graves.

1.3.1. Fatores neurológicos

Vários estudos associaram a lesão cerebral ao déficit de atenção e à hiperatividade, no entanto, segundo O'Dougherty, Nuechterlein & Drew (1984, citados em Nogueira & Lopes, 1998), existe apenas uma pequena percentagem de crianças com PHDA, que sofreram de lesões cerebrais.

Estudos que se debruçaram sobre problemas pré e peri-natais revelaram que “não é evidente que a lesão cerebral naqueles períodos da vida seja causa do DHDA.” (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Hartsough & Lambert (s.d.); citados em Nogueira & Lopes, 1998, p. 25)

Lopes (2003), aponta para que apenas entre 5 a 10% das crianças com PHDA poderão ter desenvolvido hiperatividade na sequência de uma lesão cerebral por acidente ou outra qualquer anomalia. “Ainda assim, estudos com primatas (chimpanzés), cuja região frontal do cérebro foi alterada através de cirurgia, evidenciam uma alteração significativa do comportamento, nomeadamente com incapacidade de inibição comportamental e alterações do comportamento social.” (p. 134)

Assim, apesar da maioria das crianças com PHDA não apresentar qualquer tipo de lesão cerebral, é possível supor a existência de alterações no desenvolvimento de certas zonas do seu cérebro, dando origem a comportamentos como os já referidos.

Uma outra explicação para a PHDA, apontada por Rapoport et al. (1978, citados em Nogueira & Lopes, 1998), foi a possibilidade de poder existir uma disfunção nos neurotransmissores.

Vários estudos evidenciam uma atividade diminuída na área pré-frontal do cérebro, visível:

- ao nível da atividade elétrica do cérebro, segundo Schaughency e Hynd (1989; citados em Lopes, 2003);

- ao nível do fluxo sanguíneo, segundo Lou, Henricksen & Bruhn (1984; citados em Lopes, 2003)

Crê-se que esta disfunção esteja relacionada com uma quantidade deficiente de dopamina. Investigadores têm associado o uso de drogas estimulantes, que se supõe aumentarem a disponibilidade de dopamina no córtex pré-frontal, à diminuição dos comportamentos exagerados e da agitação motora.

Em estudos realizados por Hans Lou (s.d., citada por Selikowitz, 2010), esta provou que as anomalias verificadas nos exames de crianças com PHDA, eram corrigidas quando medicadas com metilfenidato (ritalina). Este fármaco aumenta os níveis de dopamina produzida nas extremidades dos neurónios e, nas medições feitas, foi possível verificar um aumento de 70% na atividade de

transporte de dopamina em indivíduos com PHDA quando comparados com indivíduos sem esta perturbação.

Lopes (2003), refere que também através de estudos experimentais com animais foi possível verificar o aumento de disponibilidade de dopamina após administração de estimulantes. Foram realizadas experiências em ratos e cães jovens, através de químicos. Quando experimentaram fazer a destruição seletiva de zonas do cérebro ricas em dopamina que provocou um grande aumento de hiperatividade dos animais. Foram ainda identificados e associados à PHDA, dois genes que regulam a atividade da dopamina.

Segundo DuPaul & Stonner (2007), embora seja provável que haja múltiplos genes ligados aos sistemas *dopaminérgico* e que estes estejam envolvidos e sejam associados a neurotransmissores específicos para a expressão fenotípica da PHDA, os dois genes que regulam a atividade de dopamina têm recebido uma maior atenção por parte dos investigadores. Foram descobertas diferenças específicas no gene transportador da dopamina e no gene receptor de dopamina, em amostras de PHDA, quando comparadas com amostras não-PHDA.

São claramente necessários estudos adicionais de extensão e replicação para identificar os genes que podem ter influência na sintomatologia da PHDA, no entanto esta linha de investigação abre portas a novas e promissoras investigações, sendo necessário seguir com a cautela necessária nas conclusões devido às incertezas ainda existentes.

1.3.2. Fatores hereditários

Os estudos sobre a hereditariedade de características de PHDA são realmente promissores. Desde há muito tempo que se sabe que os parentes biológicos das crianças com esta perturbação têm tendência para apresentar também problemas, e em maior número que os familiares de crianças sem esta perturbação. Alguns problemas são apontados por Lopes (2003): alcoolismo, problemas de conduta, hiperatividade e depressão.

Vários estudos realizados com gémeos e familiares de crianças com PHDA têm revelado dados significativos quanto à influência da hereditariedade no PHDA.

Barkley (1998), salienta os estudos realizados por (Cantwell, 1975; Morrison & Stewart, 1973), que apontaram índices mais elevados de hiperatividade em crianças cujos pais biológicos já seriam hiperativos, mais do que em crianças com pais adotivos. Apesar destes estudos falharem quando realizadas comparações entre grupos, abriram caminho a novos estudos nesta linha.

Alguns estudos estatísticos levados a cabo por (Biedermen, Faraone & Lapey, 1992; Biedermen, Keenan & Faraone, 1990; Pauls, 1991; Welner, Stewart, Palks & Wish, 1977; citados por Barkley, 1998), mostraram que entre 10 e 35% dos membros da família próxima de crianças com PHDA tinham também esta perturbação.

Outro estudo, levado a cabo por Biedermen et al. (1995, citados por Barkley, 1998), mostrou que, no caso de um dos pais ter a perturbação, a probabilidade de um filho nascer com PHDA é na ordem de 57%.

No caso de irmãos gémeos, segundo Gilger, Pennington & DeFries (1992, citados por Barkley, 1998), se a um dos gémeos for diagnosticada PHDA, a probabilidade do outro gémeo também ter esta perturbação é na ordem dos 80% para gémeos monozigóticos e de 29% para gémeos dizigóticos.

Na mesma linha de investigação, também Gillis (1993, citado por Lopes, 2003), refere valores semelhantes: 32% para gémeos dizigóticos e 79% para gémeos monozigóticos.

Desde a década de 90, foram pois realizados vários estudos, que permitiram estabelecer uma estreita relação entre a hereditariedade e a PHDA.

1.3.3. *Toxinas ambientais*

Têm sido vários os estudos que apontam como causa da PHDA os aditivos alimentares (salicilatos, corantes e conservantes) e o açúcar refinado, no entanto, segundo Nogueira & Lopes (1998), nunca foi evidente que estes originam ou que agravam a PHDA.

Um estudo realizado por Zametkin et al. (1990, citados por Nielsen, 1999), no “Instituto Nacional de Saúde Mental (National Institute of Mental Health), revelou que o ritmo a que o cérebro usa a glucose é mais lento em indivíduos com DDAH do que o é no resto da população.” (p. 58)

Miranda & Santamaría (1986, citados por Garcia, 2001) relacionaram o consumo de açúcar e hidratos de carbono com a hiperatividade, no entanto, as investigações a este respeito são escassas e apresentam dados pouco fiáveis.

Foram realizadas outras investigações que apontam a exposição fetal ao chumbo, ao álcool ou ao tabaco, como causas que podem estar na origem da PHDA.

A exposição fetal ao chumbo, especialmente entre os 12 e os 36 meses, segundo (Barkley, 2000), parece aumentar o risco de aparecimento de sintomas de hiperatividade.

No que diz respeito à influência da intoxicação pelo chumbo, segundo Falardeau (1997), esta parece ter relação com sinais de hiperatividade nas crianças pequenas, mas felizmente é um fenómeno muito raro.

Taylor (1986; citado por Nogueira & Lopes, 1998) afirma: “Os níveis de chumbo no corpo estão associados num grau muito pequeno com os sintomas do DHDA.”(p.25)

Também Garcia (2001) refere que baixas exposições de chumbo podem influir em problemas de conduta de crianças escolarizadas, no entanto este não constitui um dos primeiros agentes causais e não existem provas fiáveis, no que se refere especificamente à hiperatividade, que demonstrem a relação causal entre as condutas hiperativas e a exposição a níveis elevados de chumbo.

Em relação ao consumo de álcool ou tabaco, por parte das mães, durante a gestação, estudos levados a cabo por Barkley (1990, citado por Nogueira & Lopes, 1998) apontam para uma associação significativa deste consumo com a hiperatividade e défice de atenção.

Contudo, uma vez que existem, segundo Lopes (2003), casos documentados de mães de crianças ditas *normais*, cujos níveis de consumo de álcool e tabaco foram elevados, sem que isso afetasse as crianças, nem sempre é possível estabelecer um laço causal entre estes dois acontecimentos.

Os estudos realizados, segundo Barkley (1998), foram muitas vezes penalizados por duas sérias limitações: falharam na utilização de critérios clínicos de diagnóstico e na avaliação e controlo da presença da PHDA nos pais destas crianças. Assim sendo, a relação entre estas substâncias e a PHDA deve ser vista com alguma cautela.

Recentemente Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones (1996, citados por DuPaul & Stonner, 2007) descobriram uma relação significativa entre o tabagismo materno durante a gravidez e a PHDA posterior, bem como baixo peso ao nascer e PHDA posterior. Mick, Biederman, Faraone, Sayer & Kleinman (2002, citados por DuPaul & Stonner, 2007) relacionaram também o hábito de fumar cigarros com a mesma sintomatologia, pelo que deve ter-se especial atenção no uso/consumo destas substâncias.

O’Leary, Rosenbaum & Hughes (1978, citados por Nogueira & Lopes, 1998) levantaram ainda a hipótese da hiperatividade ser provocada pela luz fluorescente, no entanto, os estudos realizados não encontraram tais efeitos.

Embora alguns fatores ambientais apresentarem correlação com PHDA podemos apenas atribuir-lhes um papel mínimo, pelo menos para a maioria das crianças ou jovens que recebem este diagnóstico. Ainda assim devemos considerar o consumo destas substâncias como um fator de risco para o nascimento de uma criança com PHDA.

O mais prudente será dizer que existem múltiplos fatores neurológicos que podem predispor as crianças à exibição de taxas mais elevadas de impulsividade, atividade motora e déficit de atenção quando comparadas com outras crianças.

“As evidências mais promissoras apontam para a influência hereditária que pode alterar o funcionamento cerebral (isto é, o funcionamento neuroquímico), particularmente no sistema estriatal frontal.” (DuPaul & Stonner, 2007, p. 13)

De salientar que os estudos nesta área são, segundo Barkley (1998), repletos de dificuldades metodológicas, o que reduz a confiança na interpretação de resultados.

O aumento do uso de tecnologias avançadas no campo da genética, são também apontados por DuPaul & Stonner (2007), como um dos meios que podem vir a dar informações clinicamente úteis e significativas sobre a etiologia da PHDA.

1.4.Diagnóstico e Avaliação

“Na primeira infância pode ser difícil distinguir os sintomas de Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção de certos comportamentos adequados à idade das crianças ativas (por exemplo, correr sem cessar ou comportar-se ruidosamente).”

(American Psychiatric Association, 2002, p. 91)

Cada vez com mais frequência, pais de crianças muito ativas e/ou com grande agitação motora recorrem ao médico ou psicólogo com a ideia pré-concebida que os seus filhos são “hiperativos”. No entanto, esta nem sempre é a causa dos comportamentos demonstrados por estas crianças.

É pois necessário que seja realizado um diagnóstico correto, verificando eventuais causas ou características que podem não estar associadas à PHDA, prosseguindo com a realização do diagnóstico diferencial, para se passar ao tratamento adequado, sob pena de complicações a longo prazo.

1.4.1. Diagnóstico diferencial

Uma vez que pode ser difícil distinguir os sintomas desta perturbação com outras de sintomas semelhantes, a American Psychiatric Association (2002) faz referência a alguns cuidados a ter na diferenciação do diagnóstico da PHDA, que passamos a referir:

1. Os sintomas de falta de atenção são frequentes em crianças com QI baixo quando colocadas em situações escolares desadequadas. Também pode observar-se falta de atenção em crianças com elevado nível intelectual quando colocadas em meios escolares pouco estimulantes. Estes comportamentos devem distinguir-se de sinais semelhantes em crianças com PHDA;
2. Em crianças com Deficiência Mental, o diagnóstico adicional de PHDA só deve fazer-se se os sintomas de hiperatividade ou défice de atenção forem excessivos em relação à idade mental da criança;
3. Os indivíduos com Comportamentos de Oposição resistem a efectuar tarefas laborais ou escolares e recusam aceitar exigências dos outros; estes comportamentos devem distinguir-se do evitamento na realização das tarefas escolares manifestadas por sujeitos com PHDA;
4. O aumento da atividade motora nas crianças com PHDA deve distinguir-se do *comportamento motor repetitivo* que caracteriza a Perturbação de Movimentos Estereotipados;
5. A PHDA não se diagnostica se estiver presente uma outra perturbação mental (ex: Perturbação da Ansiedade, Perturbação do Humor em especial Perturbação Bipolar, Perturbação da Personalidade, Perturbação Dissociativa, Alteração da Personalidade Devido a Um Estado Físico Geral ou Perturbação Induzida por substâncias). Nestas perturbações, geralmente os sintomas têm início depois dos sete anos de idade;
6. Durante o decurso de uma Perturbação Psicótica ou de uma Perturbação Global de Desenvolvimento não se diagnostica PHDA;
7. Quando os sintomas característicos possam estar relacionados com uso de medicação (ex: broncodilatores, isoniazida, acatisia pelos neuropilépticos...) nas crianças com menos de sete anos, deve ser diagnosticado Perturbação pela Utilização de Outras Substâncias Sem Outra Especificação.

1.4.2. Profissional indicado ao diagnóstico da PHDA

A importância de um diagnóstico preciso, que nem sempre é fácil, requer uma avaliação feita por profissionais bem treinados, entre os quais se deve contar, como refere Nielsen (1999), com um pediatra do desenvolvimento, um psicólogo especializado no trabalho com crianças e um psiquiatra ou neurologista pediátricos.

Uma vez que, segundo Antunes (2009), para a PHDA não existem testes simples, como uma análise ao sangue ou à urina que permitam determinar se um indivíduo apresenta PHDA, a avaliação por estes profissionais *em gabinete*, não é certamente a mais adequada e pode levantar alguns problemas.

Segundo Selikowitz (2010), o profissional mais indicado para fazer o diagnóstico é o pediatra especialista em dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento das crianças. Estes pediatras do desenvolvimento devem trabalhar em estreita colaboração com os psicólogos educacionais, que desempenham um papel crucial no processo de diagnóstico da PHDA.

Também Lopes (2003) refere que seria necessário um trabalho em equipa, que integrasse no mínimo um médico e um psicólogo, para a realização de um correto diagnóstico da PHDA, o que é pouco frequente em Portugal. Normalmente, só um destes profissionais faz o diagnóstico. Também seria de extrema importância que o profissional clínico fizesse observação direta do indivíduo a diagnosticar e reunisse junto das pessoas mais próximas da criança, informações úteis em relação aos comportamentos e atitudes da mesma.

Ganha assim grande relevância o papel dos familiares e professores destas crianças, que podem fornecer importantes informações ao profissional que faz o diagnóstico. Segundo Antunes (2009), este diagnóstico deve ser baseado, não só na observação do médico, mas especialmente na dos pais e tutores. Este deve também ser feito no seu habitat natural, a escola e a casa, à semelhança da análise de comportamento de qualquer ser vivo, o que nem sempre é possível.

Segundo Barkley & Benton (2007), os pais devem, em primeiro lugar, começar a conhecer o seu filho desafiador para verificar se estão na presença de uma perturbação. Para isso devem tomar consciência do que está errado. Podem perguntar-se se o seu filho se exalta, se discute com os adultos, se desafia ou recusa aceitar pedidos ou regras, se incomoda deliberadamente as pessoas, se culpa os outros pelos seus atos, se é rancoroso, vingativo ou se está sempre zangado ou ressentido. Também devem verificar se se trata ou não de uma fase, pelo durante algum tempo devem ser dados incentivos positivos para verificar se esta fase acaba por passar. Apenas se seis das respostas dadas às perguntas iniciais forem dadas como *muito frequentemente* ou *frequentemente* e se prolongarem no tempo é que será necessário consultar um psicólogo, um psiquiatra ou um pediatra.

Lopes (2003), refere que o diagnóstico da PHDA devia seguir as seguintes etapas: (1)entrevista com a criança/adolescente e os pais, realizada por um médico, um psicólogo ou alguém com formação na área; (2)exame médico (se necessário); (3)preenchimento de questionários pelos pais; (4)entrevista com o(s) professor(es); (5)preenchimento de questionários pelo(s) professor(es); (6)observação do comportamento nos contextos de vida do indivíduo de forma direta.

1.4.3. Instrumentos de diagnóstico

No que diz respeito aos instrumentos de diagnóstico, Conners (1997) desenvolveu um questionário, aplicado a pais e professores, que é dirigido a um conjunto de comportamentos, graduados numa escala, que permite obter o perfil comportamental da criança com PHDA. Os resultados são apresentados em valores numéricos e comparados com um conjunto de crianças que não têm PHDA. Os mesmos, além de ajudarem no diagnóstico, são igualmente úteis na avaliação da intervenção terapêutica.

Estes devem ser considerados auxiliares de diagnóstico e é importante realçar a importância da sua cuidada interpretação, pois devem ser atendidos alguns fatores que podem condicionar o seu preenchimento. Por exemplo, os dados obtidos, por vezes, mostram discrepâncias entre diferentes informadores. Antunes (2009) afirma: “os pais são, no geral, mais benevolentes do que as mães, e tenho observado muitas vezes uma diferença substancial entre as queixas dos professores nos encontros com os pais e a escola, e o registo escrito dessa mesma apreciação de forma escrita.” (p.148)

Em Portugal, este questionário desenvolvido por Conners (1997), foi, segundo Antunes (2009), “padronizado pela Prof.^a Ana Rodrigues, da Faculdade de Motricidade Humana e coordenadora do núcleo de PHDA do CADIn.”(p.148)

1.4.4. Critérios de diagnóstico

A escolha dos critérios de diagnóstico para a PHDA, nem sempre foi consensual e sofreu alterações ao longo dos tempos.

“Desde 1902 que se tem vindo a assistir à crescente publicação de literatura médica respeitante à descrição da DDAH. Ao longo das últimas cinco décadas, as crianças que apresentam esta desordem têm sido alvo de tratamento, quando ela lhes é diagnosticada.”

(Nielsen, 1999, p. 59)

Atualmente, os critérios de diagnóstico desta perturbação são os utilizados pela American Psychiatric Association (2002), na quarta edição da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), que passamos a apresentar:

“CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO:

A. (1) ou (2):

*(1) Seis ou mais dos seguintes sintomas de **falta de atenção** devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:*

Falta de Atenção

(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;

(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;

(f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);

(g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

(2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade – impulsividade devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e consistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

(a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência),

(d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;

(e) com frequência “anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;

(f) com frequência fala em excesso;

Impulsividade:

(g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

(h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;

(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

B. Alguns sintomas de hiperatividade – impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos sete anos de idade.

C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos, por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa.

D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação geral de desenvolvimento; Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicadas por outra perturbação mental (por exemplo: Perturbação do Humor, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto (F90.0): se estão preenchidos os Critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses.

314.00 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento (F98.8): se está preenchido o Critério A1 mas não o critério A2 durante os últimos seis meses.

314.01 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo (F90.0): se o critério A2 está preenchido mas não o Critério A1 durante os últimos 6 meses.

Notas de codificação. Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que atualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se “em Remissão Parcial”.

(American Psychiatric Association, 2002, pp. 92-93)

Segundo Bréjard & Bonnet (2008), algumas crianças com PHDA podem apresentar uma maior predominância de sintomas de falta de atenção e outras de hiperatividade/impulsividade. Desta forma, é importante que o diagnóstico seja feito de acordo com cada subtipo:

- (1)*Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto* (reúne no mesmo quadro graves dificuldades do duplo registo cognitivo e comportamental, tendo esta perturbação um carácter extremamente limitador no plano das aquisições escolares, na socialização e na dinâmica psicoafetiva);

- (2)*Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento* (descreve perturbação da memória a curto prazo afetando as capacidades de memorização e resolução de situações problemáticas, perturbações da atenção seletiva levando à dificuldade na

distinção da informação essencial da acessória, e dificuldades na inibição da impulsividade no plano cognitivo levando frequentemente a situações de insucesso escolar);

- (3)*Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo* (esta forma manifesta-se especialmente a nível comportamental e caracteriza-se principalmente por critérios quantitativos tais como a criança ser demasiado agitada, demasiado instável e com uma atividade motora superior à da norma).

É também necessário ter o cuidado de distinguir estes comportamentos dos comportamentos exploratórios característicos da faixa etária de referência. Assim os critérios de diagnóstico nem sempre podem ser considerados de forma pura e simples, há que atender a variações face à idade dos indivíduos. Por exemplo, como refere Lopes (2003), com o passar da idade, algumas manifestações de auto-controlo tendem a aumentar e a atividade motora tende a diminuir.

1.5.Incidência e prevalência

Como professores do ensino básico temos verificado que os problemas de aprendizagem e de comportamento são uma das principais preocupações para os docentes, pais, psicólogos e todos os agentes da educação. No entanto, torna-se muito difícil obter dados concretos na definição do número e tipo de crianças afetadas por estes problemas.

A PHDA é um dos sintomas mais comuns na infância. Selikowitz (2010) indica que os rapazes com esta perturbação se identificam mais facilmente do que as raparigas, devido à maior representatividade destes no grupo hiperativo/impulsivo. Neste grupo, a PHDA é cerca de três vezes mais comum em rapazes do que em raparigas. No grupo de crianças com PHDA do tipo desatento, raparigas e rapazes são afetados de igual modo e sabemos que a PHDA não faz distinção entre grupos étnicos.

Estima-se que a prevalência da PHDA em crianças em idade escolar, se encontre entre 3 a 7%, no entanto as taxas podem variar de acordo com a natureza da amostra populacional e o método de avaliação.

Há duas décadas era consensual a ideia de que uma criança com PHDA deixaria de sofrer desta perturbação com a idade. Sabemos porém que não é assim, as dificuldades podem persistir na idade adulta, assumindo a forma de “PHDA residual, problemas secundários, ou a combinação de ambos.” (Selikowitz, 2010, p. 259)

“A prevalência dos dados na adolescência e na idade adulta são imprecisos.” (American Psychiatric Association, 2002, p. 90)

Atendendo à prevalência da PHDA nas crianças em idade escolar, em 2006, a professora, psicóloga e técnica do Centro de Apoio e Desenvolvimento Infantil (CADIn), Dr^a Ana Rodrigues, citada por Reis (2006), afirma que poderão existir em Portugal, entre 35000 a 50000 crianças afetadas por esta patologia, das quais, perto de 50%, poderão conservar os sintomas na idade adulta.

Também dados estatísticos dos EUA, afirma Antunes (2009), revelam que esta perturbação continua na idade adulta, aumentando a probabilidade de utilização e dependência de substâncias ilícitas, bem como do tabagismo, da instabilidade profissional e matrimonial e aumento de risco de incumprimento da lei. Considera ainda a PHDA um problema de saúde pública, devido ao elevado número de indivíduos atingidos, tendo custos associados comparáveis com a asma, por exemplo.

2. A Inclusão

“O conceito de inclusão, ou seja a inserção do aluno com NEE, em termos físicos, sociais e académicos nas escolas regulares, ultrapassa em muito o conceito de integração, uma vez que não pretende posicionar o aluno com NEE numa «curva normal», mas sim assumir que a heterogeneidade que existe entre alunos é um fator muito positivo, permitindo o desenvolvimento de comunidades escolares mais ricas e mais profícuas.”

(Correia, 2008, p.20)

2.1. A escola inclusiva

A educação inclusiva assenta no desafio de aceitar a diferença e de responder eficazmente às necessidades de todos os alunos, garantindo-lhes o ingresso na escola e o sucesso educativo. A escola deve ainda dar resposta a todos, mesmo os que têm maiores dificuldades ou algum tipo de deficiência.

A exclusão das crianças que apresentavam algum tipo de problema, da escola regular, levada a cabo durante séculos, segundo Bénard da Costa (1999), “constitui uma forma de *apartheid* ao mesmo nível daquele que durante séculos afetou – e ainda afeta em várias regiões do globo – os seres humanos considerados diferentes por razão de cor, de sexo, de cultura ou de religião.” (p.25)

Deste modo, cabe à escola a defesa do direito à plena dignidade da criança como ser humano, livre e igual em direitos e dignidade, independentemente de ter ou não algum problema ou deficiência.

A educação inclusiva deve, assim, ter como principal objetivo, a plena dignidade da criança como ser humano livre, com os mesmos direitos e dignidade.

Esta tomada de posição é fruto de uma longa evolução, no que respeita às crianças com deficiência, que passou por diferentes fases: “exploração e abandono; protecção caritativa; internamento em instituições de educação; envio para escolas ou classes especiais.” (Bénard da Costa, 1999, p.25).

Só a partir da década de 70 se inicia, na maior parte dos países, a aproximação dos alunos com deficiência às escolas regulares, baseada em diferentes conceitos: normalização, integração, igualdade de oportunidades e, finalmente, inclusão.

Também em Portugal, segundo Correia (2008), antes da década de 70, mais propriamente antes de 1972, ou até 1976, altura em que se criaram as equipas de ensino especial integrado, os alunos com NEE eram praticamente excluídos do sistema de ensino regular.

É neste período, segundo Bairrão (1998), que surgem dois documentos legislativos bastante importantes no seio da integração da Educação Especial: a *Education for Handicapped Children Act de 1975*, nos EUA, que estabelece a oportunidade de crianças com deficiência terem um pleno acesso a programas de educação em escolas públicas, juntamente com serviços de apoio, para responder às suas necessidades especiais de educação; e o *Warnock Report* em 1978, no Reino Unido, com um racional semelhante e que introduz o conceito de *Necessidades Educativas Especiais* (NEE).

Em 1986, em Portugal, com a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), segundo Correia (2008), começaram a verificar-se algumas transformações na conceção da educação integrada. As equipas de educação especial são criadas, decorrentes da LBSE e abrangem todo o sistema educativo.

Em poucos anos, este percurso legislativo, dá lugar ao Decreto Lei nº319/91 de 23 de agosto. Este decreto introduziu em Portugal o conceito de NEE, privilegiou a máxima integração do aluno com NEE no sistema de ensino regular, veio responsabilizar a Escola pela procura de respostas educativas eficazes, reforçou o papel dos pais na escola conferindo-lhes direitos e deveres na educação dos seus educandos e proclamou o direito à educação gratuita, estabelecendo a individualização de intervenções educativas através de Planos Educativos Individualizados (PEI) e Programas Educativos (PE), para dar resposta às necessidades destes alunos.

Em 1994, o governo espanhol, em colaboração com UNESCO, promoveu a Conferência Mundial de Salamanca, que contou com a presença de 92 governos, entre os quais o de Portugal e 25 organizações internacionais. Nesta conferência foi assinada a Declaração de Salamanca, que consigna a inclusão e proclama a *Escola para Todos*.

Segundo a Declaração de Salamanca:

“O princípio das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades.”

(UNESCO, 1994, p.3)

Esta Declaração foi um marco bastante importante na implementação da Escola Inclusiva, uma vez que procura ajustar e adaptar o ensino às necessidades de aprendizagem dos indivíduos. É

evidente também a preocupação que existe na acomodação e de dar resposta a todas as crianças na escola, independentemente das suas condições quer ao nível físico, emocional, intelectual ou outras que possam ter. Considera-se assim que é necessário promover a inclusão, no intuito de proporcionar igualdade de oportunidades a todos os alunos, trocando experiências, aprendendo juntos, desenvolvendo conceitos de solidariedade, compreensão e aceitação das diferenças do outro.

Em Portugal, a Educação Especial toma uma clara orientação para a inclusão educativa e social, com a publicação do Decreto Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro (que vem revogar o Decreto-Lei nº319/91 de 23 de Agosto). Este decreto define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo. Este tipo de resposta veio disponibilizar condições para a adequação do processo educativo às NEE dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente.

A orientação para a inclusão, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para a continuação de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional está bem patente no Decreto Lei 3/2008 de 7 de janeiro. Este contempla seis medidas educativas de grande importância: apoio pedagógico acrescido, adequações curriculares individuais, adequações no processo de matrícula, adequações no processo de avaliação, currículo específico individual e tecnologias de apoio.

Correia (2008) refere que com os dois decretos referidos (Decreto Lei nº319/91 de 23 de agosto e Decreto Lei 3/2008 de 7 de janeiro), houve em Portugal, uma importante evolução, do conceito de integração para o conceito de inclusão. Da criança com NEE que era integrada no sistema de ensino já existente passou-se gradualmente para a criança que passa a fazer parte do ensino tal como as outras crianças e em que são mobilizados todos os meios necessários para que isso aconteça.

A educação inclusiva deve basear-se, nas necessidades da criança como um *todo* e não apenas o seu desempenho académico. Assim, segundo Correia (1997), a escola deve ter atenção a três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, socioemocional e pessoal, de forma a proporcionar à criança uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial.

É pois importante sublinhar que os princípios da escola inclusiva não se podem esgotar na colocação da criança com NEE no seio da comunidade educativa, é necessário que seja acautelada a qualidade de processos para que não se comprometam a eficácia do trabalho desenvolvido, com impacto negativo nos alunos, pais, professores e restante comunidade escolar.

De acordo com Correia (2008), quando falamos de um sistema inclusivo centrado no aluno de crianças e jovens, em particular de alunos com NEE, devemos ter em consideração que existem responsabilidades que devem ser partilhadas não só pela escola mas também pela família, pela

comunidade e pelo Estado. As responsabilidades Estatais passam pela legislação, financiamento, autonomia, apoio e sensibilização para as problemáticas; a responsabilidade da escola passa pela planificação, sensibilização e apoio (aos pais e comunidade), flexibilidade relativamente ao tempo exigido para atingir os objetivos curriculares, e formação (do professor e outros técnicos); a família tem a responsabilidade de assistir a formações, participar de forma ativa na vida escolar do seu educando e na comunidade e estabelecer uma boa relação com professores e agentes comunitários, dando-lhes o apoio necessário à inclusão da criança com NEE; a comunidade tem a responsabilidade de fazer a interligação entre serviços comunitários e a escola com vista a responder às necessidades do aluno e da família e promover a inclusão das crianças e jovens com NEE, na vida em sociedade.

Para Rodrigues, Casal & Dias (2012) todos estes intervenientes ganham relevância quando falamos de inclusão, no entanto, salientam que a verdadeira mudança, para vencer o desafio da inclusão, assenta na mudança de mentalidades e de preconceitos, que ainda se encontram bem presentes na sociedade atual.

Perrenoud (2000), alerta também para o facto de nem sempre a inclusão responder às necessidades reais de todos os alunos, desvalorizando-se o que deveria ser essencial: o processo de ensino/aprendizagem e os seus efeitos nos alunos.

Na mesma linha de pensamento, Correia (2008), refere mesmo que o conceito de inclusão tem sido alvo de constantes equívocos levando a mudanças de opinião em relação ao termo, que têm prejudicado, acima de tudo, as crianças com NEE.

3. Estratégias educativas de intervenção

“A escola inclusiva tem como princípio fundamental que todos os alunos devem aprender juntos, independentemente das suas dificuldades ou diferenças. As escolas devem responder às diversas necessidades dos seus alunos, assegurando uma educação de qualidade para todos, através de um currículo apropriado e de modificações organizacionais.”

(Marques, 2011, p.7)

3.1. Entrada da criança no 1º Ciclo do Ensino Básico

As crianças passam grande parte do seu tempo na escola, um ambiente onde as regras são uma característica essencial, sendo fundamental que ouçam, sigam instruções, respeitem os outros, aprendam o que lhes é ensinado, se empenhem nas atividades e, sobretudo, que passem longas horas sentadas, ouvindo mais do que falando.

As escolas, segundo Bénard da Costa (1999), deve empenhar-se por receber todas as crianças, reestruturando-se de maneira a poder dar uma resposta adequada à diversidade dos alunos, construindo assim uma escola inclusiva.

Para Sprinthall & Sprinthall (1993), a escola e as tarefas de aprendizagem devem estar organizadas de modo a promover o desenvolvimento da auto-mestria e da competência pessoal. “Como tal, os objetivos da escola deveriam incluir a estimulação, a promoção e a facilitação do desenvolvimento pessoal no contexto da aprendizagem.” (p.521)

De acordo com a legislação em vigor, um aspecto determinante na qualidade do ensino é a promoção de uma escola democrática e inclusiva para todos, que permita responder às necessidades e diversidade de características de todos os alunos, o que implica “a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos.” (Decreto Lei 3/2008 de 7 de Janeiro, p.154)

Quando uma criança entra no 1ºano de escolaridade, especialmente se tiver NEE, pais e professores têm, em primeiro lugar, a preocupação de perceber qual será a melhor sala de aulas para esta criança, onde vai estar mais calmo, mais motivado, onde pode aprender melhor, se estará melhor numa escola pública ou privada.

Apesar desta preocupação, a escolha do estabelecimento de ensino é pouco provável que seja uma escolha perfeita, pois nenhum estabelecimento de ensino, quer seja público ou privado, pode ser considerado perfeito.

As manifestações clínicas da PHDA podem ser muito precoces, mas é na escola, que as alterações da atenção e a excessiva actividade das crianças afetadas constituem um maior problema.

Bautista (1997) afirma que as crianças com PHDA têm muitas dificuldades em cumprir as regras definidas ou em manter o empenho nas actividades dirigidas pelo adulto. Os comportamentos perturbadores e as dificuldades de aprendizagem, que lhes estão associadas, são manifestações muito frustrantes tanto para o professor como para a criança, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimentos mútuos de aversão ou mesmo de hostilidade.

Selikowitz (2010) refere que a criança com PHDA ficará melhor em escolas perto de casa onde pode conhecer os vizinhos e fazer amigos de forma mais espontânea; porém, nenhuma escola tem de ser definitiva. O aluno deve ser acompanhado e fazer-se uma apreciação regular para que se verifique a necessidade, ou não, da mudança de turma ou de escola.

De acordo com Marques (2011) importante é que a escola seja capaz de mobilizar todos os intervenientes e meios necessários e possa assegurar todos os apoios necessários à estabilidade emocional, comportamental e académica da criança com PHDA, para que se possa falar de uma verdadeira inclusão.

3.2.O papel do Conselho Executivo

É importante que o Conselho Executivo da escola tenha conhecimento da presença do aluno com PHDA na sua escola. Deve também compreender o que é a PHDA. “Isto significa que conhece o distúrbio, tem uma atitude esclarecida em relação à avaliação geral e está preparado para pôr em prática um plano de tratamento multimodal, que inclui controlo de comportamento, apoio educativo especial e medicação.” (Selikowitz, 2010, p.177)

Para isso deve, em primeiro lugar, segundo Correia (1997), reunir uma Equipa Multidisciplinar, que envolva a Escola, a Segurança Social, os Serviços de Saúde e a Família. Em conjunto, órgãos de gestão da escola, psicólogos clínicos e educacionais, médicos, técnicos de reabilitação, professores de Educação Especial, professores titulares de turma, pais e familiares da criança com PHDA, têm a tarefa de identificar e avaliar as dificuldades e as potencialidades da criança e definir estratégias de intervenção conjuntas para a “satisfação das suas necessidades educativas.” (p.92)

O ambiente familiar que rodeia a criança é um dos fatores que pode contribuir para a instabilidade emocional da criança com PHDA. Sabemos que muitas das famílias destas crianças se

debatem com problemas económicos, em vias de separação ou divórcio, com doenças familiares, ou outras situações que desfavorecem o seu equilíbrio emocional.

Assim, Martinez, Garcia, & Montoro (1993) realçam a importância desta equipa que, além da definição de estratégias de intervenção para esta criança, devem prestar também ajuda, acompanhamento e apoio à sua família.

O Diretor deve também promover ações de formação, no âmbito desta perturbação, a toda a comunidade escolar.

Segundo Correia (2008), a formação deve ser dada pelo menos aos educadores, professores e técnicas operacionais (auxiliares de ação educativa), para que sejam capazes de compreender minimamente as problemáticas destes alunos e que estratégias devem adotar em cada situação. “No caso da inserção de alunos com NEE no seu seio, esta formação torna-se praticamente obrigatória, sob pena de, se assim não for, assistirmos a prestações educacionais inadequadas para tais alunos.” (p.38)

Cardoso (2003) refere que a formação permite ao professor refletir e é através dela que consegue inovar e modificar as suas atitudes, uma vez que adquire um maior número de conhecimentos e competências.

Conforme refere Estrela (1992, citado por Cardoso, 2003), a investigação constitui a melhor estratégia de formação e a escola o seu campo de análise privilegiado. A iniciação do professor na formação e na reflexão das situações pedagógicas por ele vividas, em contexto escolar, será o pólo desencadeador da sua formação em ordem a alterações fundamentais da sua ação. “Como se depreende, a formação dos professores é considerada uma aposta decisiva, conferindo-lhe um maior número de conhecimentos e competências práticas e, também, possibilitando a modificação de atitudes do mesmo face à inovação”.(p.45)

No ambiente escolar, segundo Sosin & Sosin (2006), deve ter-se especial atenção durante os intervalos, onde pode ser mais difícil distinguir a criança com PHDA dos seus colegas, porque normalmente está sempre em movimento, parecendo que “está por todo lado” (p.44). Por esta razão, também toda a comunidade educativa deve estar ao corrente da presença do aluno com esta perturbação e ter alguma formação para que seja capaz de lidar com as atitudes do aluno com PHDA. Pode também utilizar algumas estratégias de prevenção de forma a evitar certos comportamentos menos adequados, nomeadamente dando-lhe o devido apoio e atenção.

Selikowitz (2010) afirma que esta vigilância deve ser feita de modo a que a criança não se sinta marginalizada mas é fundamental para que a criança não se magoe nem magoe os outros. Estas crianças devem ter autorização para brincar com crianças mais novas, pois, geralmente, com elas têm mais afinidades.

Em relação ao número de alunos por turma, o mesmo autor (2010) refere que o Diretor deve ter a sensibilidade de colocar o aluno com esta problemática, preferencialmente, numa turma de efetivo mais reduzido e de acordo com a sua idade.

Segundo Martinez et al (1993), o número reduzido de alunos por turma, nos primeiros anos escolares dos alunos com dificuldades de aprendizagem, permitem por em marcha um plano de acompanhamento mais eficaz, segundo as suas necessidades.

Geralmente os alunos com PHDA têm dificuldades de aprendizagem numa ou mais áreas, pelo que é necessário proporcionar-lhes um apoio individualizado, como forma de ultrapassar essas dificuldades. Selikowitz (2010), refere que em primeiro lugar, o apoio pode ser dado pelo professor titular de turma, que pode guardar algum tempo da aula, para se sentar junto do aluno e dar-lhe o respetivo apoio. Sabemos, porém, que nem sempre isso é possível, pelo que o apoio da Educação Especial ganha especial relevância, no sentido, não só de dotar a criança de capacidades e competências ao nível académico, mas também de competências ao nível comportamental e social, pelo que a escola deve ter, no seu corpo docente, professores de apoio para crianças com dificuldades de aprendizagem, que possam dar ajuda suplementar ao professor titular de turma.

Para perceber se o Apoio Educativo interferia nas aprendizagens dos alunos do 1ºCiclo do Ensino Básico com PHDA, Serra & Leal (2007) realizaram um estudo onde concluíram que as crianças com este distúrbio, quando usufruem de Apoio Educativo, “demonstram progressos nas aprendizagens e/ou nos comportamentos e atitudes, comparativamente com as crianças com o mesmo Distúrbio que não usufruem de Apoio Educativo (...), contudo, comparativamente com o seu grupo/turma, ainda não se encontram ao mesmo nível da turma.” (p.124)

Também Correia (2008) afirma que numa escola em que impere a filosofia inclusiva, o papel dos apoios educativos é fundamental. Torna-se assim importante que a Direção do agrupamento de escolas onde a criança com PHDA se encontra, aprove e implemente os apoios e as medidas necessários ao seu sucesso académico e social.

3.3.O papel do professor titular de turma

Quando falamos do *bom ensino* temos de ser capazes de ter consciência que este não será apenas uma transmissão de saberes sobre uma determinada matéria. Este tem de estimular a imagem positiva que cada criança tem de si própria e no caso das crianças com PHDA, não há nada mais importante que a auto-estima.

Segundo Selikowitz (2010) a grande maioria das crianças com PHDA tem uma fraca auto-estima, levando a que estas desenvolvam alguns comportamentos disfuncionais indesejáveis, tais como: desistência; recusa (em fazer trabalhos ou em ir à escola por medo de falhar); reação negativa ao elogio; defensiva tácita (aversão ao toque); fazer batota (fazendo rapidamente as tarefas copiando ou deixando algumas questões sem resposta); dizer mentiras; fazer palhaçadas; recorrer à agressão e a comportamentos controladores.

A adaptação dos alunos com PHDA à classe regular pode revelar-se difícil, também devido às suas explosões temperamentais e à sua fraca tolerância à frustração bem como à consequente inadaptação social. Nielsen (1999) refere que a sua impulsividade, falta de atenção e hiperatividade, além de serem fatores de disrupção, tendem a afetar os comportamentos e as atitudes dos restantes alunos da turma.

Para Nogueira & Lopes (1998), também a gestão de comportamentos numa sala de aulas em que exista uma criança com PHDA não é tarefa fácil, pelo que o professor deve proceder à aquisição de conhecimentos acerca deste distúrbio, como forma de melhor proceder às adequações necessárias a uma melhor intervenção. Porém, sabemos esta situação pode levar os professores a serem menos positivos o que pode resultar numa redução da motivação e da auto-estima e ao consequente insucesso escolar.

Neste caso, estes podem recorrer ao psicólogo da escola se sentirem que não estão a ser capazes de por em prática a sua estratégia de intervenção ou se se sentirem frustrados com a situação. Com consultas regulares no psicólogo, “o professor será capaz de adquirir uma noção das suas próprias dificuldades e desenvolver estratégias mais eficazes para as ultrapassar.” (Selikowitz, 2010, p.179)

O professor titular de turma encontra-se numa posição vantajosa, uma vez que, para além dos pais ou família, é ele que passa a maior parte das horas do dia com a criança e pode observá-la numa variedade de situações.

Sprinthall & Sprinthall (1993), aponta o professor como aquele que pode observar o relacionamento desta criança com os pares ou com os adultos e detetar possíveis reações desviantes ou de frustração.

Numa atitude reflexiva, Perrenoud (2000) refere que os professores deverão ser sensíveis à diversidade da classe e explorar essa diversidade permitindo-lhes conceber dispositivos de diferenciação pedagógica adequada às características, interesses, saberes e problemas dos seus alunos.

“Diferenciar o ensino significa alterar o ritmo, o nível ou o género de instruções que o professor pratica, em resposta às necessidades, aos estímulos ou aos interesses de cada aluno. O ensino diferenciado responde especificamente ao progresso dos alunos no contínuo da aprendizagem - o que eles já sabem e o que precisam de aprender. Responde às suas maneiras preferidas de aprender e permite-lhes demonstrar o que já aprenderam.”

(Heacox, 2006, p.10)

DuPaul & Stonner (2007) referem que, em primeiro lugar, o professor deve avaliar os problemas específicos do aluno com PHDA, saber quais as suas dificuldades e as suas potencialidades, para melhor planear e seleccionar os componentes de intervenção.

Para isso, além da observação do aluno na sala de aula, deve manter um contacto frequente com a família desta criança para que melhor compreenda as suas necessidades e anseios. Sabemos que a relação entre pais e professores nem sempre é a melhor, mas, como afirma Correia (2008), esta relação deve ser estabelecida através da confiança entre ambas as partes e será muito importante para todos os envolvidos.

Segundo Sosin & Sosin (2006), é necessária muita imaginação e bastante esforço por parte do professor, em colaboração com a família da criança com esta perturbação, para alterar a imagem que a criança tem de si própria de forma a estimular a sua auto-estima. Alguns exemplos que favorecem a estimulação da sua auto-estima positiva são: evidenciar os seus pontos fortes e talentos; transmitir-lhe um verdadeiro sentido de interesse e esperança; integrá-la em agrupamentos que valorizem diversas áreas de talento; não se rodear de crianças já de si com atitude negativa; exemplificar-lhe a auto-estima; criar um ambiente de respeito mútuo e dignidade; atribuir-lhe responsabilidades; elogiar a conclusão de tarefas; proporcionar-lhe diferentes oportunidades de escolha e de resolução de situações problemáticas; comunicar com a família da criança; e estimular a criança com PHDA bem como aos restantes elementos da turma, aplicando a cada criança as modificações personalizadas necessárias à sua crescente autonomia e ao seu sucesso individual.

A planificação levada a cabo pelo professor, para Ainscow (1995), deve ser feita com atividades para a classe no seu conjunto e não apenas para o aluno em particular, sendo este um fator que influencia a criação das salas de aula mais inclusivas.

Neste sentido, o professor deve ser capaz de estabelecer um plano de ação consistente e prolongado, envolvendo todos os alunos da turma de forma a proporcionar a criação de um ambiente propício à aprendizagem de todos e do aluno com PHDA em particular, pois a hiperatividade não se resolve facilmente e o seu prolongamento no tempo é altamente provável.

3.4.Gestão da sala de aula

As crianças com PHDA, pelas suas características, podem também apresentar dificuldades de interação com os pares bem como de realização académica, pelo que se exige reflexão, planeamento, estabelecimento de objetivos, estratégia e uma complexa gestão da sala de aula.

Estas crianças, ao contrário das crianças sem esta perturbação, nem sempre são capazes de realizar o que lhes é pedido apenas com uma chamada de atenção ou uma pequena advertência. Obriga, muitas vezes, a repetidas e aparentemente nunca acabadas advertências.

Para melhor lidar com esta situação, Lopes (2003) refere ser necessário lembrar o aluno aquilo que ele já sabe, devido à sua dificuldade em fazê-lo, bem como ter atenção à sua realização académica que deve assentar no ensino direto e sistematicamente monitorizado.

Selikowitz (2010) afirma que é importante que sejam dadas ao aluno instruções claras e objetivas e, de preferência, por etapas. Devido à sua dificuldade na conclusão das tarefas propostas, passando frequentemente de uma para outra, deve ser-lhe solicitada a execução de uma tarefa de cada vez. “As crianças com PHDA não têm boa memória de curto prazo e sentem imensa dificuldade em reter uma instrução com duas ou três partes.” (p.182)

O tempo de cada atividade deve ser curto. Para Bautista (1997), o tempo de cada tarefa pode rondar os 15 minutos, passando para outra logo a seguir. Este tempo dado para cada tarefa pode, no entanto, variar dependendo das características de cada criança com PHDA.

É importante que o professor valorize mais a qualidade e não pressione o aluno em relação à quantidade de trabalhos nem ao tempo de execução dos trabalhos. “Deste modo, o professor reduz grande parte da pressão que estes alunos podem sentir quanto à necessidade de completar tarefas.” (Nielsen, 1999, p. 63)

Para Selikowitz (2010) uma boa estratégia é dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, que devem ser distribuídas em separado. Os professores devem assim ser capazes de garantir “que uma criança é realmente capaz de executar uma tarefa e que tal não ultrapassa as suas capacidades.” (p.183)

Martinez et al (1993), conclui que o professor, ao propor à criança trabalhos que estejam dentro das suas capacidades e ao estabelecer uma boa relação com o seu aluno, evita o perigo da criança se sentir cansada e aborrecida com as tarefas propostas e promove, desta forma, a aprendizagem.

Para lidar com o aluno com PHDA o professor deve ser capaz de ter em mente que é mais importante prevenir comportamentos do que passar grande parte do tempo a corrigi-los.

Segundo DuPaul & Stoner (1994, citado por Lopes, 2003) esta atitude, numa sala de aula, significa centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de aprendizagem de forma a prevenir os comportamentos disruptivos, pelo que o professor deve ser mais proativo do que reativo.

Alguns comportamentos proativos do professor que visam a promoção de comportamentos adequados no aluno com PHDA, são apontados por DuPaul & Stonner (2007):

- Lembrar as regras da sala de aulas estabelecidas com frequência e valorizar comportamentos adequados no decorrer das aulas;
- Utilizar o contacto visual direto com o aluno, quer na advertência perante um dado comportamento quer na explicação de uma dada tarefa;
- Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma determinada tarefa;
- Circular pela sala enquanto monitoriza o comportamento do aluno oferecendo *feedback* de modo não intrusivo;
- Usar sugestões e sinais não verbais para redirecionar o aluno para a tarefa que realiza enquanto ensina os outros alunos;
- Certificar-se que os alunos compreendem as atividades académicas;
- Comunicar as suas expectativas quanto ao tempo de realização das tarefas, podendo escrever no quadro as tarefas a realizar bem como o tempo de cada uma delas;
- Conduzir as lições com um ritmo rápido e orientado.

3.5.Organização da sala de aula

O cuidado na estruturação do espaço da sala de aulas assim como a gestão da sala de aula e dos conteúdos a lecionar são prioridade em turmas que incluam alunos com PHDA.

“Um aluno com DDAH responde a um ambiente bem estruturado. Uma vez que fácil e frequentemente se distrai, qualquer estímulo que possa dar azo a que tal aconteça deve ser evitado.” (Nielsen, 1999, p. 61)

Segundo Antunes (2009) os maiores fatores de distração destas crianças são os seus colegas de sala de aula e reforça a ideia de que deve ser procurado o melhor lugar para a criança com PHDA. No entanto, refere que nem todas as crianças têm as mesmas características, sabendo que a maioria fica melhor colocada na fila da frente junto ao professor, não se pode descartar a possibilidade de colocar a criança na fila de trás, sem ruído nas suas costas. Os seus colegas mais próximos têm grande influência pela positiva ou negativa, pelo que deve ter-se algum cuidado na escolha destes.

Selikowitz (2010) refere que o aluno com esta perturbação deve também ser colocado longe de focos de distração e aponta alguns cuidados a ter: o aluno não deve ser colocado perto de uma janela, de uma porta ou de áreas movimentadas, nem junto de aquecedores, aparelhos de ar condicionado ou ventoinhas; a sala de aula deve ter um tom neutro, sem posters e cartazes em demasia; as carteiras devem ter apenas o material necessário para efetuar o trabalho proposto; e, se possível, as mochilas devem colocar-se num canto para manter um aspecto mais organizado da sala de aula. Refere ainda que o professor deve ter em atenção a disposição das mesas de trabalho, defendendo que as mesas devem estar dispostas em *filas*, com os alunos voltados para o professor, e não em *grupos* ou em *U*.

Porém, Antunes (2009) refere que não se deve descartar a possibilidade de dispor as mesas em grupo se isso favorecer a realização dos trabalhos propostos, a aprendizagem e/ou o bom comportamento.

Também Serralha (2009) reforça a importância do trabalho em grupo ou a pares. Segundo a autora, trabalhar desta forma facilita a socialização e a partilha de saberes entre pares e promove a autonomia e a diferenciação pedagógica em todos os alunos facilitando a inclusão de alunos com algum tipo de dificuldades ou com baixa auto-estima, como é o caso de alunos com NEE.

Ainscow (1995) reforça esta ideia referindo que as escolas e as salas de aula devem ser organizadas de modo a que todas as crianças e jovens tenham sucesso na aprendizagem. Para isso, nas salas de aula inclusivas, deve ser reconhecido o potencial do trabalho a pares, ou seja, do trabalho cooperativo.

O aluno com PHDA também não deve estar afastado dos outros, mas sim estar integrado na turma, de preferência entre dois alunos que manifestem bom comportamento e perto da secretária do professor. Nielsen (1999), aponta estes dois alunos como um exemplo para esta criança que tenderá a imitar os comportamentos dos seus colegas de carteira; também o poderão ajudar e cooperar com ele o que favorecerá as aprendizagens e a socialização. Colocar o aluno à margem, afastado, num canto da sala, poderá provocar no aluno distrações não esperadas, como bater com os pés no chão, com as mãos, os lápis, ou outro material que tenha na sua carteira, pelo que não é aconselhável fazê-lo.

Podemos ainda dar como um bom exemplo a estrutura do *Movimento da Escola Moderna (MEM)*, seguida por muitos professores e que, segundo Niza (2007), tem dado bons resultados ao nível da diferenciação pedagógica, da autonomia, da socialização, da melhoria comportamental e da promoção da inclusão. Também nesta vertente a sala de aulas bem como todo o ambiente educativo se encontra devidamente estruturado. Serralha (2009), indica que a sala do MEM, tem espaços previamente definidos para cada atividade (o cantinho da leitura, o cantinho da matemática, o cantinho do silêncio, o cantinho do Tempo de Estudo Autónomo (TEA), o cantinho das experiências, dos projetos...); o trabalho é feito de rotinas diárias, em que cada aluno tem tarefas definidas (por exemplo mudar o número do dia, o estado do tempo, distribuir os materiais escolares, etc.); com trabalho a pares ou de grupo e/ou de tutoria (em que todos os alunos colaboram entre si e para o grupo/turma); e com a realização de Assembleias de Turma semanais e momentos de reflexão diários que favorecem a superação das dificuldades de todos os alunos da turma quer ao nível da aprendizagem quer ao nível da socialização e comportamento.

3.6. Gestão comportamental/Contratos comportamentais

Em contexto de sala de aula, a utilização de contratos comportamentais e/ou programas de créditos pode revelar-se muito útil na gestão comportamental do aluno com PHDA.

Os contratos comportamentais têm princípios bem definidos que o professor deve seguir como orientação. Lopes & Rutherford (2001) refere algumas linhas orientadoras: deve ser um documento formal e escrito, especificando todas as responsabilidades e privilégios das partes envolvidas; depois de acordado por ambas as partes, deve ser assinado; deve ser acordado de forma positiva, pelo que os seus termos devem ser claros e positivos utilizando mais reforços positivos do que negativos; deve recompensar e apelar à realização e não à obediência; a recompensa deve ser dada prontamente, logo após o comportamento acordado; os termos do contrato devem ser realistas, justos e satisfatórios para ambas as partes; e o aluno deve ser envolvido na modificação das suas atitudes, pelo que o seu envolvimento neste processo é precioso.

No sistema de créditos, segundo Antunes (2009), depois de acordada a duração do mesmo, entre o aluno e o professor ou os pais, este recebe ou perde pontos de acordo com o comportamento desejado ou com o comportamento desadequado. Depois do aluno atingir um determinado número de pontos é recompensado de alguma maneira, de acordo com a combinação pré-definida.

Esta é uma forma mais elaborada de reforço na aula. Os créditos devem também ser entregues imediatamente após a realização do comportamento positivo.

Lopes & Rutherford (2001) afirmam que estes créditos, podem ser equiparados a dinheiro (moeda/papel) que serão depois trocados por objetos, privilégios ou algum usufruto. O sistema de créditos pode ser utilizado com toda a turma, com um grupo ou com um só aluno perturbador. Cabe ao professor definir se o aplica só ao aluno perturbador ou a toda a turma de forma lúdica.

Este sistema pode ser complementado com uma lista onde o aluno pode verificar os resultados comportamentais desejados que lhe permitirá sentir um maior controlo individual. “Esta lista diária relativa a um dado comportamento deve ser estruturada de forma positiva, usando termos como «justo», «bom» e «melhor». O aluno poderá, então, determinar a sua própria progressão no sentido de atingir o objectivo estabelecido.” (Nielsen, 1999, p. 63)

Um sistema de controlo de comportamentos pode ter bastante êxito no controlo do aluno com PHDA. Como sabemos a criança com esta perturbação age por impulso, dando respostas irrefletidas que perturbam o normal funcionamento da sala de aulas.

O professor deve começar por conversar com a criança com PHDA em privado, de modo a que os outros alunos da sala não se apercebam do teor da conversa. Segundo Selikowitz (2010) esta conversa deve ser feita com calma, de modo a que possam, em conjunto, delinear estratégias de controlo do comportamento, definir as consequências para os comportamentos desadequados e as recompensas para as atitudes adequadas. É importante não valorizar em demasia todas as situações e dar um pequeno desconto especialmente quando existem mudanças na sala de aula (quando trocam de sala, após os intervalos, quando regressam à sala ou quando têm um novo professor).

DuPaul & Stonner (2007) referem ainda como essenciais, para uma bem sucedida gestão de comportamentos de alunos com PHDA, os seguintes aspectos:

- como já referido anteriormente, a avaliação dos problemas específicos, incluindo avaliação funcional para melhor planear e seleccionar os componentes de intervenção;
- o feedback fornecido a estas crianças deve ser específico, imediato e utilizado de forma mais frequente;
- as atividades preferidas dos alunos com PHDA devem ser usadas como reforços, no final de uma tarefa e não como recompensa (por exemplo o uso do computador);
- as instruções dadas no início de uma tarefa devem ser dadas de forma clara e por etapas;
- utilizar o incentivo positivo (por exemplo a criança pode escolher uma atividade que quer fazer quando terminar uma tarefa específica);
- a intervenção, para que tenha êxito, deve ser avaliada e monitorizada.

Antunes (2009) refere ainda como fundamental a utilização do reforço positivo e do elogio como forma de elevar a sua auto-estima. Aponta outras estratégias que o professor pode utilizar e que favorecem o comportamento e atenção da criança, são elas: - quando a criança com PHDA se

encontra na sala de aulas durante um longo período de tempo, o professor pode pedir-lhe para fazer um recado ou uma pequena tarefa como recolher enunciados ou provas; - os métodos de avaliação devem ser adequados à criança para que esta seja capaz de concluir as provas que lhe são apresentadas dentro do tempo estipulado; - utilizar a prova oral se isso facilitar a avaliação dos seus conhecimentos; - avisar o aluno se verificar que o aluno saltou uma pergunta ou errou apenas devido à sua falta de atenção; - utilizar o computador como ferramenta de trabalho do aluno na sala de aulas.

O uso do **computador** é também recomendado por DuPaul & Stonner (2007) para melhorar comportamentos relacionados com a tarefa e produtividade dos trabalhos em alunos com PHDA. Isto porque tem a potencialidade de apresentar prontamente os objetivos específicos da instrução, oferece ênfase para materiais essenciais, usa múltiplas modalidades sensoriais, tem a possibilidade de dividir o material em segmentos menores de informação, oferece feedback imediato sobre a exatidão das respostas dadas e ainda é capaz de limitar alguns fatores de distractibilidade.

As Tecnologias de Informação e Comunicação, nomeadamente o uso do computador, segundo Correia (2008), além de potenciarem a melhoria comportamental, aumentam a eficiência e desenvolvem as capacidades em alunos com NEE.

Também Serralha (2009), partilha desta opinião, realçando o facto do computador, no trabalho a pares, favorecer a criação de laços sociais entre pares.

Sabemos que muitas vezes os professores têm dificuldade em mudar as suas práticas, em inovar e usar novas estratégias, mas são eles, aplicando diferentes estratégias e métodos que melhor se apliquem a diferentes alunos, que podem fazer a diferença na evolução de qualquer criança com Necessidades Educativas Especiais (NEE), e em particular na criança com PHDA.

A qualidade da aprendizagem inclusiva não é determinada pela posição do aluno, mas antes, baseada na criação de um ambiente de trabalho que inclui todos os alunos. Para isso, é necessário que haja um ensino cooperativo, onde todos colaborem e exista um verdadeiro trabalho diferenciado, que englobe os alunos como um todo, em que o professor dá ao aluno o feedback das suas aprendizagens e em que o aluno seja um parceiro do professor na decisão conjunta da delimitação de objetivos e progressiva aprendizagem.

Em suma, criar uma sala de aula inclusiva, torna-se um grande desafio. E a grande responsabilidade é do professor, que deve criar um ambiente de aprendizagem que valorize a criatividade, o potencial individual, as interações sociais, o trabalho cooperativo, a experimentação e a inovação.

4. Práticas de intervenção educativa/ Tratamentos e terapêuticas

“A combinação de procedimentos comportamentais e cognitivos com o tratamento farmacológico é uma das opções mais aceitas e mais defendidas pelos especialistas. Não obstante, a última decisão sobre o tratamento depende de fatores como o estado clínico da criança, as possibilidades ambientais de aplicar as técnicas e o grau de aceitação dos adultos relativamente às alternativas terapêuticas disponíveis.”

(Garcia, 2001, p.92)

No campo infantil, toda a iniciativa terapêutica tem como objetivo comum a adaptação e o desenvolvimento psicológico das crianças. São numerosos os autores que se interrogam se a perturbação se resolve através de uma intervenção terapêutica centrada exclusivamente na criança ou se é necessário atuar também sobre a família e a escola implicando os pais e os docentes na terapia.

Desde há várias décadas, o tratamento da hiperatividade consiste, basicamente, na administração de fármacos, especialmente estimulantes, assim como na aplicação de métodos comportamentais e cognitivos. Ambas as modalidades têm mostrado resultados positivos, pelo que são aconselhadas, pelos especialistas, tratamentos integrados que incluam tratamentos distintos.

Segundo Garcia (2001) quando se combinam a medicação e os métodos comportamentais e cognitivos, os efeitos conseguidos separadamente acumulam-se e fazem com que a criança melhore globalmente de forma sustentada e estável ao longo do tempo.

“Neste contexto, a análise do valor da prescrição no acompanhamento da hiperatividade deverá inscrever-se numa abordagem multimodal da perturbação,(...) e iniciar-se após uma avaliação minuciosa da criança hiperativa na sua globalidade.” (Bréjard & Bonnet, 2008, pp.123-124)

4.1.Intervenção farmacológica

A administração de medicação, sobretudo estimulantes, apoiada em resultados surpreendentes e imediatos obtidos com algumas crianças hiperativas, tem uma ampla tradição. Tem-se observado, a curto prazo, a diminuição da atividade motora e o aumento da atenção.

A investigação veio demonstrar uma grande eficiência no uso dos estimulantes. Barkley (1998), afirma que cerca de 50% a 90% das crianças medicadas apresentaram melhoria ao nível comportamental, escolar e da socialização.

No entanto, o lugar da prescrição, necessariamente efetuada por um médico, no acompanhamento da PHDA, foi objeto de debates em que colidiam opiniões opostas a esta prática.

Atualmente, parece pouco razoável a defesa de posições radicais, quer no que diz respeito à rejeição do acompanhamento farmacológico desta perturbação, quer na defesa da necessidade de prescrição dos fármacos em todos os casos de PHDA.

Sendo certo que a medicação reduz muitas dificuldades que a criança hiperativa apresenta, na PHDA mais ligeira, segundo Selikowitz (2010), as crianças com esta perturbação conseguem ultrapassar as suas dificuldades sem tomar qualquer tipo de medicação, pelo que a sua prescrição deve ser cuidadosamente avaliada.

A decisão de prescrever medicação tem de ser feita tendo em conta vários fatores. Barkley (1998), refere as seguintes linhas orientadoras que os médicos devem verificar na decisão de medicar: (1) se a criança tem um correto diagnóstico aos níveis físico e psicológico; (2) a idade da criança (a medicação não é recomendada antes dos 4 anos de idade); (3) se a criança já está a ser alvo de outras terapias; (4) o grau de severidade dos sintomas atuais da criança; (5) se a família tem a capacidade económica para comprar a medicação; (6) se a família é capaz de supervisionar o uso e/ou abuso da medicação; (7) verificar a atitude dos pais face à medicação (pais que sejam contra o seu uso podem interromper o tratamento sem dar conhecimento); (8) saber se existe a prática de abuso de medicação ou de drogas por parte de familiares da criança com PHDA; (9) se a criança tem o historial de tiques, ou de algum tipo de psicopatologia; (10) se a criança demonstra muita ansiedade, medos, ou queixas frequentes; (11) se o médico que administra o fármaco, tem tempo para monitorizar o seu efeito no comportamento da criança; (12) como se sente a criança quando medicada; e (13) se o adolescente faz desporto de alta competição, já que as análises à urina podem indicar o uso de substâncias dopantes e levar à proibição de participação nas competições.

Garcia (2001), refere que o médico, na escolha do estimulante mais adequado, deve ainda ter em conta os seguintes critérios: o tempo que os efeitos sobre o comportamento infantil demoram a produzir-se, a sua duração, os efeitos secundários indesejáveis e a confiança e familiaridade que o médico tem no fármaco.

O estimulante mais conhecido e mais utilizado pelos profissionais em indivíduos com PHDA é o *metilfenidato*. Antunes (2009), afirma que o metilfenidato é utilizado há décadas nos EUA no tratamento do défice de atenção e é estudado desde 1938. É assim uma substância largamente experimentada e estudada, já administrada a milhões de crianças em todo mundo. Esta substância, utilizada em crianças com PHDA, visa aumentar a quantidade de neurotransmissores (dopamina e a norepinefrina) para níveis adequados à idade da criança. “Cada um deles actua numa ou mais etapas do processo de libertação, reabsorção, interrupção e auto-regulação destes neurotransmissores na extremidade dos neurónios (sinapse).” (Selikowitz, 2010, p. 202)

O sucesso do metilfenidato é muito alto, atingindo 80% de bons resultados, segundo Antunes (2009). No entanto, duas em cada 10 crianças com PHDA ainda não respondem ao tratamento, pelo que é importante não rejeitar outros medicamentos ou o seu uso complementado com métodos de intervenção psicológica (comportamental e/ou cognitiva).

Em Portugal, o metilfenidato é geralmente a opção utilizada, quando a terapêutica farmacológica é aconselhada e, normalmente, segundo Rodrigues (2006, citada por Reis, 2006), surge acompanhada da intervenção comportamental.

As formulações comerciais vendidas desta substância química (metilfenidato) são o Rubifen, a Ritalina LA e o Concerta.

Antunes (2009) explica que o Rubifen tem a duração de 4 horas, a Ritalina LA tem a duração de 8h e o Concerta a duração de 12 horas, podendo depender conforme as dosagens administradas. A Ritalina LA tem a vantagem de o conteúdo da cápsula poder ser disperso em leite, água, compota ou outros alimento que não esteja muito quente. É também consideravelmente mais barato do que o Concerta, que tem a vantagem de o seu efeito se prolongar por um maior período de tempo.

É necessário pois ponderar também aspetos económicos e de comodidade na prescrição.

Segundo Linda Serrão (2006, citada por Reis, 2006), presidente da Associação Portuguesa da Criança Hiperativa (APCH), a medicação é fundamental na maioria dos casos. No entanto, é difícil suportar os custos da sua compra para a maioria dos pais. Conforme a dosagem e a forma terapêutica, os pais devem gastar entre 50 a 100 euros mensais. O Estado comparticipa em 40% na compra deste tipo de medicamentos. Se falarmos em famílias que têm cada vez mais dificuldades em gerir o seu orçamento familiar, ter uma despesa extra é ainda mais uma preocupação. Existe ainda a necessidade de ir mensalmente às consultas de pedopsiquiatria o que encarece ainda mais o tratamento.

Além do metilfenidato existem ainda outros medicamentos que são autorizados em Portugal e que são prescritos pelos clínicos no tratamento da PHDA quando existem outras perturbações associadas ou quando o metilfenidato não atua da forma desejada. Antunes (2009) refere que estes são prescritos com menos frequência mas não se deve descartar a possibilidade do seu uso, são eles: o Strattera (substância ativa: Atomoxetina) que exerce a sua função aumentando a ação da Noradrenalina, tornando-a mais disponível; a Clonidina, um antihipertensor com efeitos sedativos e que poderá ser particularmente útil em crianças que apresentem tiques associados à perturbação; e o Modafinil que é usado sobretudo na Narcolepsia (perturbação em que os doentes adormecem subitamente).

Lopes (2003) aponta ainda a Buspirona, medicamento usado para a ansiedade e perturbações obsessivo-compulsivas, como forma de reduzir a sintomatologia da hiperatividade, quando os medicamentos comuns não dão os resultados esperados.

DuPaul & Stonner (2007) referem que nos EUA, além do Metilfenidato, as anfetaminas (nome comercial: Dexedrine e Adderall) são dos medicamentos mais vendidos para o tratamento da PHDA, mas estes não são comercializáveis em Portugal.

Segundo Antunes (2009), na hora da prescrição, o clínico deve ter especial atenção aos efeitos secundários de cada medicamento, sendo que o metilfenidato é o que apresenta menores efeitos secundários comparando com os medicamentos complementares referidos.

Os resultados mais evidentes do uso da medicação estimulante verifica-se ao nível escolar, com uma crescente melhoria de resultados. Sosin & Sosin (2006) afirmam que os alunos que normalmente atingiam resultados Insatisfatórios ou Satisfatórios, passam a resultados de Bom ou Muito Bom. Isto não só eleva a sua auto-estima e confiança como melhora a motivação e vontade interna para ser mais produtivo. Pode também ter efeitos extremamente significativos nas relações e capacidades sociais. A medicação permite à criança uma maior concentração naquilo que os outros dizem e nas dicas não verbais favorecendo a sua consciencialização e melhoria em termos sociais. Como a criança terá menos comportamentos desadequados ficará menos exposta ao ridículo e à exclusão por parte dos colegas.

4.2.Terapia comportamental e cognitiva

As técnicas e intervenções comportamentais têm-se desenvolvido, desde os anos 60, na área da hiperatividade. Segundo Garcia (2001), o especialista (pedopsiquiatra, neuropsiquiatra...) que acompanha a criança com problemas comportamentais, deve ser o responsável pela decisão das condutas que devem ser modificadas, selecionar as técnicas mais apropriadas para cada caso e avaliar os resultados. No entanto, torna-se difícil para este profissional, pôr em prática estas técnicas, uma vez que só está com a criança no seu consultório, nas consultas regulares. Estas intervenções requerem uma atuação diária e contínua e no ambiente natural da criança, na escola e em casa, pelo que o profissional deve contar com a participação dos pais e professores. Estes, orientados e seguindo as diretrizes do profissional administrarão as recompensas após os comportamentos adequados e extinguirão as condutas menos apropriadas. Refere ainda que deve ser dada explicação a estes *co-terapeutas* (pais e professores), de alguns conceitos básicos da

modificação de conduta, tais como reforço, extinção e castigo, bem como de explicações pormenorizadas acerca de como eles próprios devem agir com os seus filhos e/ou alunos.

Segundo Serrano (1990, citado em Garcia, 2001), em trabalhos desenvolvidos com professores, as instruções concretas e precisas relativamente ao comportamento correto na sala de aula, bem como a informação sobre como foram aplicados os conhecimentos adquiridos durante o tempo letivo, não são suficientes para assegurar que o professor, aplica de forma correta, os reforços propostos. Quando se requer a participação dos professores é necessário combinar a informação sobre como foi a sua atuação e reforçar os esforços que estes realizam.

Em relação ao treino dos pais, Garcia (2001) sugere que estes se reúnam com o especialista clínico para que lhes explique as noções comportamentais e os procedimentos apropriados para modificar as interações com os seus filhos, fomentando condutas apropriadas.

McMahon, 1993 (citado em Garcia, 2001) aponta linhas orientadoras para levar a cabo este método, seguindo os seguintes princípios: - aprendizagem de regras de socialização; - treino no controlo, definição e seguimento das condutas alteradas da criança; - treino de procedimentos de reforço; - treino na extinção (ignorando alguns comportamentos) e no castigo; - treino de instruções verbais simples e precisas aos seus filhos.

As explicações verbais são, habitualmente, complementadas com ensaios de conduta que os próprios pais devem realizar, agindo como se fossem modelos para os seus filhos. Garcia (2001) refere que, com alguma frequência, os pais se apoiam na visualização de filmes elucidativos das relações entre pais e filhos (em que pais e filhos se comportam adequadamente), como forma de melhorar o comportamento da criança com PHDA.

Um exemplo de um programa específico para treinar pais e filhos com hiperatividade é proposto por Forehand & McMahon (1981, citados em Garcia, 2001). Este programa, recomendado para crianças entre os 3 e os 8 anos, com condutas de excessiva desobediência às ordens dadas pelos adultos, tem como objetivos interromper e modificar as interações inadaptadas, negativas e coercivas entre pais e filhos, melhorar as competências apropriadas dos adultos (através de elogios e aplausos perante atitudes corretas da criança, e ignorando os comportamentos que não são demasiado graves), assim como ensiná-los a transmitir instruções verbais corretas e precisas. Este programa pretende ainda melhorar o comportamento pró-social da criança e diminuir as suas condutas problemáticas.

Para que este programa terapêutico seja posto em prática, o terapeuta deve trabalhar com a família individualmente, cumprindo aproximadamente dez sessões de treino, com uma duração de 60 a 90 minutos e a frequência de uma ou várias sessões semanais. Deve também ser dado apoio

psicológico aos pais no sentido de garantir a motivação que é necessária à conclusão, com êxito desta terapia.

A eficácia destes procedimentos, tanto na instrução dos pais como dos professores depende ainda de alguns fatores. Gutiérrez-Moyano & Becoña (1989, citados por Garcia, 2001) apontam fatores como o valor do incentivo e da motivação que têm os reforços utilizados, o nível de implicação dos colegas da sala de aula no tratamento, o tipo de castigo aplicado e a duração do tratamento, entre outros.

No que diz respeito às **técnicas cognitivas**, Meichenbaum & Goodman (1971, citados em Garcia, 2001) propuseram um método (treino de auto-instruções) para ensinar estratégias cognitivas às crianças hiperativas, de forma a que pudessem ter êxito no contexto escolar e nas situações em que se exige controlo dos comportamentos. Este método supõe que as crianças têm um défice nas estratégias e nas competências cognitivas requeridas para executar satisfatoriamente todas as tarefas escolares.

O treino de auto-instrução consiste em modificar as verbalizações internas que um sujeito emprega quando realiza qualquer tipo de tarefa, substituindo-as por verbalizações adequadas. O objetivo desta técnica é ensinar a criança como deve pensar, aprendendo de modo apropriado estratégias para resolver os fracassos e fazer frente a novas exigências ambientais.

Lúria (1961, citado por Garcia, 2001) refere que numa primeira fase as instruções e ordens dos adultos devem ser dadas de forma dirigida e controladora, inibindo a conduta infantil; numa segunda fase o comportamento da criança deve ser regulado pelas instruções que ela dá a si própria, em voz alta, e numa terceira e última fase, a linguagem interna da criança guia a sua própria atuação. Refere ainda que o treino de auto-instruções se desenvolve em cinco fases: (1) um modelo adulto (terapeuta, professor, pai, etc.) que fala para si próprio em voz alta; (2) a criança segue as instruções do modelo; (3) a criança realiza a tarefa dirigindo instruções a si própria em voz alta; (4) a criança realiza a tarefa sussurrando para si própria as instruções; (5) a criança realiza a tarefa guiando a sua atuação através de instruções internas privadas.

O treino de auto-instruções tem revelado êxito na sua aplicação em diferentes problemas infantis. Contudo existem alguns aspetos, apontados por Garcia (2001), que facilitam e contribuem para incrementar a sua eficácia, são eles: - adaptar o procedimento às características da criança; - ensinar a técnica através da modelação; - definir o treino em tarefas que motivem a criança; - adequar o ritmo do programa à evolução da criança; - fomentar a prática do treino pela imaginação; - estimular o uso das verbalizações; - apoiar o treino nos métodos operativos, no custo resposta, no reforço; implicar a criança na aprendizagem, - realizar o treino em diferentes contextos e com

tarefas de progressiva dificuldade; - ter em atenção os aspectos mais qualitativos implicados no mesmo, tais como a frequência, a duração e a sequência das sessões.

No que diz respeito à modificação de estratégias cognitivas, nomeadamente nas tarefas sensório-motoras, segundo Garcia (2001), em estudos realizados este treino revelou ser eficaz. No entanto, quando se avaliou o rendimento académico, os resultados não foram concludentes. “Aparentemente, este método não modifica significativamente as condutas sociais alteradas, e existem sérias dúvidas quanto à capacidade da estratégia aprendida se generalizar e ser utilizada na resolução de tarefas da vida real.”(p.84)

4.3.Terapia de inspiração Psicanalítica

“Ainda que Freud considerasse que a cura psicanalítica se destinava exclusivamente a um doente no quadro de uma relação dual analisado-analista, apercebeu-se progressivamente da dimensão intersubjectiva e da inscrição grupal, e mais especificamente familiar, do sujeito.”

(Bréjard & Bonnet, 2008, p. 145)

Sabendo, desde há décadas, que a criança não é apenas um receptáculo passivo, sendo susceptível de ser modelado pela educação, ainda hoje se culpabilizam os pais e se tem a ideia de que “tudo o que acontece a uma criança depende dos seus pais, da sua maior ou menor habilidade na difícil tarefa de amarem e educarem os seus filhos.” (Boubli, 2001, pp. 11,12)

Barkley & Benton (2007) referem que os pais, só por si, já se perguntam muitas vezes porque é que isto acontece com eles e têm a tendência para se culpabilizarem e/ou procurar culpados para este facto.

Assim sendo, deve evitar-se usar termos que possam levar à culpabilização dos pais. Segundo Selikowitz (2010), os pais, em primeiro lugar, devem ser devidamente informados para melhor compreenderem a perturbação apresentada pelo filho. Isto permite que se possam libertar do sentimento de culpa pelas dificuldades da criança, que frequentemente apresentam.

E. Granjon (2006, citado em Bréjard & Bonnet, 2008) afirma que só a partir desta libertação é possível compreender se existe, ou não, algum tipo de problemática depressiva familiar, e se esta está relacionada com o excedimento da criança devido a possíveis angústias maciças.

Quando o sintoma comportamental é ancorado na história familiar da criança, frequentemente marcado por traumas, lutos, segredos ou outros fatores de instabilidade emocional, é claramente demonstrado o interesse pelo acompanhamento terapêutico a nível familiar. “Com a ajuda do dispositivo psicanalítico familiar, proceder-se-á à transformação dos traumas em elementos

simbólicos, inscrevendo-os no processo de historização. Cada elemento poderá assim desprender-se da história familiar para retomar o seu desenvolvimento e a sua própria história.” (Bréjard & Bonnet, 2008, p. 146)

Este tipo de terapêutica familiar deve ser realizada assim que seja possível o conhecimento da perturbação, pois, segundo Boubli (2001) a investigação demonstra que quanto mais cedo a criança for tratada, maiores serão as possibilidades de a auxiliar a sair desta patologia, pois tem menos formas de defesa e não terá tanta resistência à mudança.

As interações pais/criança também se revelam um fator que pode afetar o crescimento harmonioso da criança, mas apenas quando seguem o seu padrão negativo de forma continuada e repetitiva. Segundo Barkley & Benton (2007) desenrola-se da seguinte forma: (1) se o adulto prestar um tipo de atenção errada, sem intenção, encoraja a criança a ter um comportamento de oposição; (2) se a abordagem for inconsistente provoca na criança reações negativas procurando a consistência através do mau comportamento; (3) se o adulto mostra um ponto fraco, leva a que o mau comportamento ainda se torne pior.

Os mesmos autores (2007), referem que os pais, orientados pelo terapeuta, devem assumir uma postura consistente e adotar novas maneiras de pensar e de agir perante o comportamento desadequado ou desafiador presente, na criança com PHDA: (1º) devem conhecer as suas prioridades (conhecer o que é mais importante na sua vida e definir isso como prioridade, como por exemplo a carreira, a casa, cuidar das crianças, a vida social...) e aquilo que realmente pretendem melhorar no seu filho (por exemplo melhorar o comportamento em público, melhorar a interação com outras crianças, completar tarefas em casa ou na escola...); (2º) devem agir em vez de reagir (para melhorar o comportamento da criança os pais devem estabelecer um plano de ação para o futuro, sabendo que a partir das suas atitudes assim o seu filho se comportará); e (3º) não devem perder o controlo mas sim agir de forma consistente e direccionada. Os pais devem ainda mudar a sua forma de relacionamento com o seu filho. Para isso devem tentar ver as coisas do ponto de vista da criança, não as culpabilizar constantemente e ser capaz de lhe dar algum espaço físico e emocional, diminuindo as situações de stress.

Estes aspectos favorecerão um relacionamento mais saudável entre ambas as partes, permitindo uma maior estabilidade emocional de todos.

4.4.A meditação

Uma das formas que pode conduzir à redução de situações de stress e de agitação e ao relaxamento dos indivíduos, segundo Kabat-Zinn (2000), é a meditação.

Apesar de, ao que parece, não existirem estudos nesta área direcionados especificamente aos alunos com PHDA, esta deve ser considerada quando falamos de alunos que estão em constante agitação e movimento, como é o caso dos alunos com esta perturbação.

Kabat-Zinn (2000) aponta a meditação como um meio de aumentar a concentração, equanimidade, calma e introspeção, à medida que é trabalhada a resistência na mente de cada indivíduo. É necessário que o indivíduo se liberte do sofrimento e irracionalidade que o levam a ser reativo e que não deixe as memórias, ambições e medos tomarem conta dos seus momentos presentes. Refere ainda que apenas cinco minutos por dia, todos os dias, podem ser úteis para conseguir o equilíbrio interior que procuramos, sendo que esta forma de meditação estende-se a indivíduos das mais diversas profissões e a qualquer grupo etário.

Como sabemos a criança com PHDA tem atitudes reativas e irrefletidas, que podem ser causadas, entre outras, por estes medos e memórias, pelo que a meditação pode eventualmente contribuir para maior concentração/relaxamento, conduzindo a atitudes mais calmas e menos reativas da sua parte e a períodos de maior concentração.

4.5.Tratamentos combinados

A experiência acumulada ao longo de vários anos na administração de estimulantes e na aplicação de procedimentos comportamentais e cognitivos em crianças com PHDA, veio demonstrar que nenhum dos métodos, por si só, serve para melhorar significativamente o seu comportamento nas suas diferentes áreas afetadas, nem para manter e generalizar as mudanças favoráveis que se verificam em alguns casos.

Assim, os especialistas, com base em resultados menos favoráveis nas diferentes terapêuticas, quando aplicadas em alguns casos e separadamente, sugerem “a conveniência de tratamentos multimodais, resultantes da combinação de terapias farmacológicas e comportamentais-cognitivas.” (Garcia, 2001, p. 89)

Durante anos foram realizadas várias investigações tentando comprovar a eficácia dos dois tratamentos quando usados separadamente e compararam esta eficácia com o uso do tratamento combinado.

Segundo Garcia (2001), observou-se, de uma forma geral, que o tratamento farmacológico consegue efeitos rápidos e controla eficazmente as condutas menos apropriadas, embora estes efeitos se mantenham, em alguns casos, só a curto prazo. A terapia comportamental ganha maior eficácia no contexto acadêmico mas ainda existem dúvidas na manutenção das melhorias a longo prazo. A combinação de tratamentos acarreta vantagens, tais como: - a medicação pode ser usada no início da intervenção devido aos seus bons resultados a curto prazo; - a utilização de terapêuticas comportamentais e cognitivas permite reduzir as doses de medicação; - a longo prazo melhoram-se os resultados com a combinação dos tratamentos, para isso, o treino dos pais e dos professores nas técnicas comportamentais permite a manutenção das mudanças de conduta; - o custo do tratamento poderá ser mais reduzido no caso em que a redução da medicação seja possível.

Apesar das conhecidas vantagens destes tratamentos, deve ter-se sempre em conta o estado clínico da criança com PHDA, na decisão de aplicar as diferentes terapias, separadamente ou combinadas, e esta decisão, como referido anteriormente, deve ser tomada pelo médico especialista que acompanha esta criança.

Enquanto para algumas crianças é aconselhável o uso da medicação, para controlar os sintomas mais alterados e quando se requerem resultados num curto espaço de tempo, “no caso das crianças que não estão tão alteradas, pode ser mais conveniente conceber programas comportamentais-cognitivos e eliminar, assim, o risco da medicação.” (Garcia, 2001, p. 91)

A terapêutica escolhida também será mais eficaz se pais e professores colaborarem com os profissionais clínicos, bem como se tiverem instrução/formação, para assim procederem à sua aplicação em contexto familiar ou escolar, da forma mais adequada possível.

5. Objeto de estudo

5.1. Definição do problema

“O tema da investigação é um assunto que se deseja provar ou desenvolver, e deve ser selecionado de acordo com os interesses do investigador e com a sua experiência de vida. (...) O tema seleccionado deve referir-se a um assunto pertinente, ou seja, atual, de interesse geral, de acordo com o tempo e o espaço em causa e relativo do quotidiano, bem como evitar assuntos fáceis e com pouco interesse.”

(Sousa & Batista, 2011, p. 19)

Consideramos que o tema do nosso estudo deve assentar na pertinência do estudo e no interesse geral por esta temática.

Efetivamente, consideramos este estudo pertinente, na medida em que, como professores do ensino básico, temos verificado que os problemas de aprendizagem e de comportamento são das principais preocupações para os docentes, pais, psicólogos e outros agentes da educação.

No entanto, torna-se muito difícil obter dados concretos na definição do número e tipo de crianças afetadas por estes problemas e na capacidade que tem a escola para dar resposta a estas crianças, uma vez que a formação a nível das NEE é escassa e muitas das vezes não financiada.

Relativamente ao interesse e experiência do investigador, foi para nós importante estudar esta problemática de forma a ter um conhecimento mais aprofundado e abrangente acerca da mesma, uma vez que na nossa sala de aulas existe um aluno com PHDA do Tipo Predominantemente Misto, o que resultou numa forte motivação pessoal.

Pelos motivos apresentados e porque as crianças e a sua formação académica, social e pessoal são a nossa principal preocupação enquanto docentes e seres humanos, decidimos incidir este trabalho na problemática da PHDA, no sentido de poder compreender as características e os problemas associados aos alunos com esta perturbação e encontrar as melhores estratégias e práticas de intervenção educativa.

Assim este trabalho de investigação tem como finalidade responder à seguinte **questão de partida**:

- Será que a idade, o tempo de serviço, a situação profissional, a experiência profissional com alunos com PHDA na sala de aula e a formação dos professores do 1ºCEB, influenciam as suas opiniões sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção, quando trabalham com crianças com PHDA?

5.2. Objetivos do estudo

Assumindo que o professor é o mais bem colocado agente educativo para avaliar as situações problemáticas que surgem em contexto escolar é através da sua perspectiva que enquadrámos o nosso trabalho de investigação, cujos objectivos são:

Objetivo geral:

- Analisar as opiniões dos professores do 1ºCEB acerca das características, das estratégias e das práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

Objetivos específicos:

- Verificar se a idade influencia as opiniões dos professores do 1ºCEB face às características, às estratégias e às práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

- Verificar se o tempo de serviço influencia as opiniões dos professores do 1ºCEB face às características, às estratégias e às práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

- Verificar se a situação profissional influencia as opiniões dos professores do 1ºCEB face às características, às estratégias e às práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

- Verificar se a experiência com alunos com PHDA influencia as opiniões dos professores do 1ºCEB face às características, às estratégias e às práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

- Verificar se a formação influencia as opiniões dos professores do 1ºCEB face às características, às estratégias e às práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA.

5.3. Definição das hipóteses

“As hipóteses são uma resposta prévia ao problema proposto. (...) são suposições admissíveis que tentam solucionar a pergunta de partida e ajudam a compreender o tema. Estas não são necessariamente verdadeiras, pois as mesmas são formuladas para que no final da investigação sejam consideradas verdadeiras ou falsas.”

(Sousa & Batista, 2011, p. 27)

As hipóteses apresentadas neste estudo, quanto ao nível de concretização são consideradas hipóteses estatísticas.

Segundo Almeida & Freire (1997) as hipóteses são consideradas estatísticas “quando expressam a relação esperada em termos quantitativos.”(p.44)

Como tal, de seguida serão apresentadas as hipóteses de trabalho alternativas e na apresentação de resultados serão definidas as hipóteses nulas.

Face à temática e aos objectivos deste estudo, definiram-se as seguintes hipóteses de trabalho alternativas:

Hipótese 1 (H1)- Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a idade.

Hipótese 2 (H2)- Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante o tempo de serviço.

Hipótese 3 (H3)- Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a situação profissional.

Hipótese 4 (H4)- Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a experiência com alunos com esta perturbação.

Hipótese 5 (H5)- Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a formação.

Tendo em conta o processo de formulação, as hipóteses H2, H4 e H5 são consideradas hipóteses dedutivas. Segundo Almeida & Freire (1997), as hipóteses são dedutivas “quando decorrem de um determinado campo teórico e procuram comprovar deduções implícitas das mesmas teorias.”(p.44)

As hipóteses H2 e H4 são decorrentes do quadro teórico defendido por (Huberman, 1992; Fuller & Bown, 1975; citados em Cunha, 2003). Em relação à hipótese H5, esta decorre do quadro teórico defendido por (Correia, 2008; Cardoso, 2003).

Contudo, na prática como professor do 1ºCEB e dado o carácter exploratório do trabalho foram definidas duas hipóteses, as hipóteses H1 e H3, que quanto ao processo de formulação são consideradas indutivas. Segundo Almeida & Freire (1997) as hipóteses são indutivas “quando surgem da observação ou reflexão sobre a realidade.” (p.44)

Estas hipóteses, para nós parecem fazer sentido porque quanto mais idade tiverem os professores e quanto mais estáveis estiverem na escola (professor do quadro ou professor contratado), serão aqueles que, à partida, serão os que recebem alunos com algum tipo de perturbação ou necessidade educativa especial, dada a nossa observação.

5.4.Relevância do estudo

Ao longo dos anos tem vindo a aumentar o número de crianças e jovens diagnosticadas com PHDA.

Como professores temos verificado uma grande preocupação e alguma confusão por parte dos professores e de outros agentes escolares, relativamente às características do aluno com PHDA, bem como ao seu diagnóstico e à aplicação das estratégias e das práticas educativas de intervenção mais adequadas.

Verificamos também que alguns professores, perante alguns alunos que demonstram mais dinamismo ou irrequietude, sem qualquer diagnóstico prévio, os nomeiam de “hiperativos”; ao passo que perante outros alunos, que apresentam dificuldades de atenção de forma evidente e que deveriam ser encaminhados para uma consulta, para possível diagnóstico de PHDA Tipo Desatento, se referem a eles como “crianças que não dormem de noite” ou “crianças que não trazem regras de casa e por isso não tomam atenção”.

Sabendo que os problemas comportamentais são confundidos frequentemente com sintomas de PHDA, e que alguns sintomas de PHDA, nomeadamente relativos à falta de atenção, são muitas vezes ignorados pelos professores ensino regular, consideramos de todo pertinente, verificar o seu conhecimento relativamente às características e problemas associados a esta perturbação e quais as estratégias e práticas de intervenção educativa são por si utilizadas, no quotidiano com estas crianças.

CAPÍTULO II - MÉTODO

“O método é constituído pelo conjunto de operações intelectuais, pelas quais uma pessoa tenta atingir as verdades que procura, as demonstra e verifica.”

(Grawtitz, 1990, p. 384)

O nosso estudo pretende conhecer e aceder às opiniões dos professores do 1ºCEB acerca das características dos alunos com PHDA, bem como das estratégias e práticas educativas de intervenção utilizadas no quotidiano com estas crianças.

Este capítulo pretende descrever a metodologia de trabalho por nós adotada.

Numa primeira fase será feita a caracterização do tipo de estudo que realizamos, seguidamente procederemos à definição e caracterização da amostra, explicitaremos as variáveis, será feita a caracterização do instrumento utilizado, referiremos os procedimentos que adotamos e, num último ponto, explicaremos o modo como será feito o tratamento dos dados recolhidos.

1. Plano de investigação

O conhecimento científico baseia-se na análise objetiva e metódica dos factos bem como numa explicação precisa, rigorosa e prática dos mesmos. Deste modo, a investigação científica afasta-nos do conhecimento baseado em percepções e especulações.

Segundo Almeida & Freire (2003) qualquer trabalho de investigação, deve seguir uma sequência lógica, “importante e decisiva no processo científico de construção do conhecimento.”(p.36)

Também o nosso estudo procura seguir uma sequência e engloba, ao mesmo tempo, diferentes fases: a formulação do problema, a elaboração das hipóteses, os procedimentos, a recolha de dados e por fim, a análise e discussão dos resultados.

Na nossa investigação procuramos utilizar técnicas estatísticas para descrever, contextualizar e explicar o objeto de estudo.

O estudo por nós trabalhado é um estudo comparativo de carácter quase-experimental, dado que pretendemos comparar as estratégias e práticas educativas utilizadas pelos professores do 1ºCEB, com diferentes idades, diferente tempo de serviço, diferente situação profissional, com ou sem

experiência com alunos com PHDA, e com formação ou sem ela, acerca das características dos alunos com PHDA.

O nosso estudo possui também um caráter exploratório, na medida em que pretende, não só testar as hipóteses com base na fundamentação teórica que está subjacente, mas também procura levantar outras hipóteses, baseada na experiência e formação profissional do investigador.

2. Participantes

Qualquer investigação requer a recolha de dados. Esta recolha pretende retirar conclusões a partir da informação fornecida.

Segundo Sousa & Batista (2011) a precisão dos resultados seria muito superior se fosse analisada toda a população (conjunto total dos casos) com as características desejadas.

No entanto, segundo o mesmo autor (2011), uma vez que nem sempre isso é possível devido a motivos de distância, custo, tempo, logística ou outros fatores, é selecionada uma parcela representativa da população, denominada amostra.

2.1. Definição e seleção dos sujeitos

A amostragem consiste “num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada”. (Freixo, 2011, pp. 182-183).

Para procedermos à seleção deste grupo de sujeitos (a amostra), optámos pela amostragem por conveniência, técnica de amostragem não probabilística, uma vez que consideramos ser a mais adequada perante o estudo exploratório que pretendemos realizar.

Este tipo de amostragem permite-nos escolher os indivíduos que se encontram facilmente disponíveis, tendo em conta a nossa acessibilidade aos docentes, bem como a nossa disponibilidade temporal e financeira.

Uma vez que a amostragem por conveniência ocorre quando a participação dos inquiridos é voluntária ou os elementos são escolhidos por uma questão de conveniência, Sousa & Batista (2011) referem que este tipo de amostragem não garante que a amostra seja representativa da

população em geral, pelo que os seus resultados apenas se aplicam a si própria. No entanto, este método tem a vantagem de ser rápido, fácil e barato.

A amostra do nosso estudo é constituída por 54 professores do 1º Ciclo do Ensino Básico que leccionam no Ensino Regular (40 professores Titulares de Turma, 7 professores do Apoio Educativo e 7 professores da Educação Especial), de um agrupamento de escolas do concelho de Sintra, inclusive os que não tenham alunos com PHDA na sala de aula, durante o ano letivo 2012/2013.

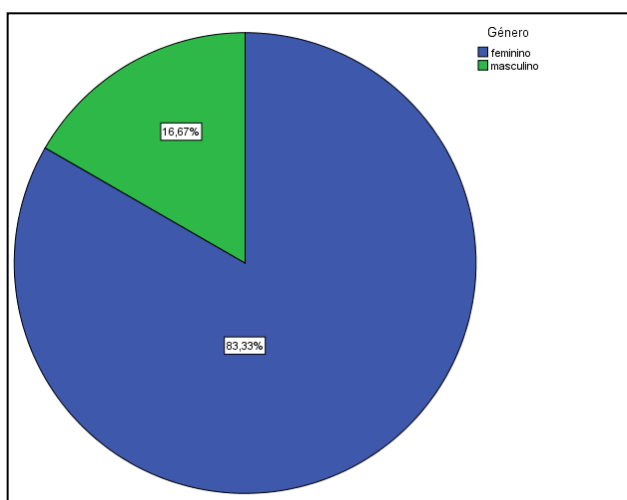
De acordo com o método quase-experimental, neste estudo utilizamos dois grupos amostrais independentes, tendo em consideração as variáveis independentes a testar nas hipóteses:

- idade (- até 35 anos; - 36 ou mais anos);
- tempo de serviço docente (- até 10 anos; - 11 ou mais anos);
- situação profissional (- professor do quadro; - professor contratado);
- experiência com alunos com PHDA, no presente ano letivo (- ter alunos com PHDA no grupo/turma; - não ter alunos com PHDA no grupo/turma);
- formação em PHDA ou hiperatividade (- ter formação; - não ter formação).

2.2.Caracterização dos sujeitos

Uma vez que a nossa amostra é constituída por um grupo de 54 professores do 1ºCEB, foram distribuídos 54 questionários que foram devidamente preenchidos e por nós validados, havendo um retorno de 100%.

Gráfico 1- Distribuição da amostra por **Género**

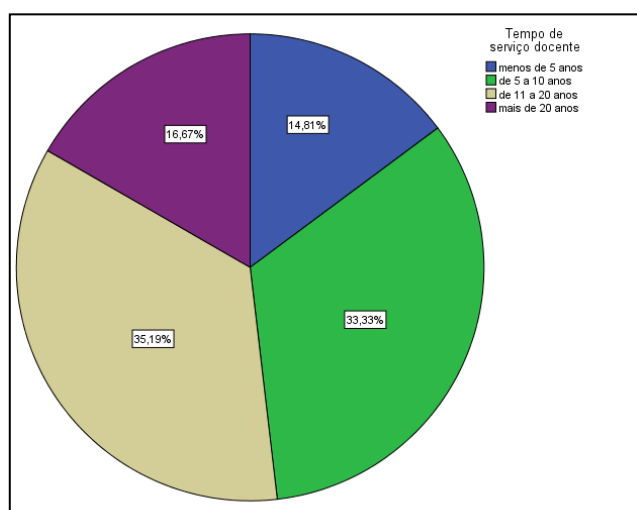


Como se pode observar no Gráfico 1, a amostra é constituída por professores de ambos os sexos, sendo 83,33% do género feminino e 16,67% do género masculino.

Tabela 1- Distribuição da amostra por **Idade**

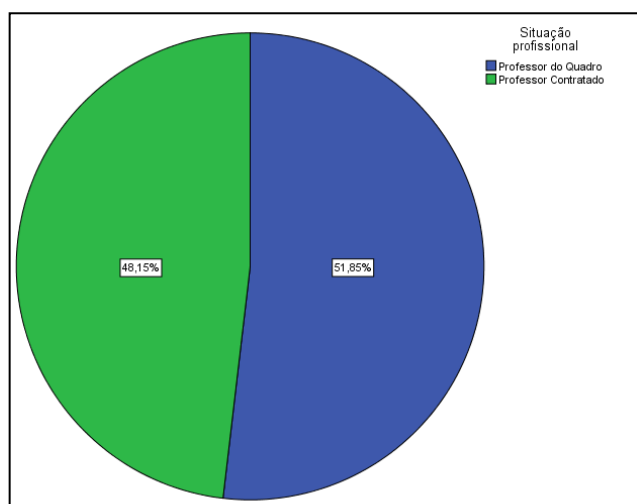
Idade agrupada	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
até 35 anos	29	53,7	53,7
36 ou mais anos	25	46,3	100,0
Total	54	100,0	

Em relação à idade dos sujeitos, na Tabela 1, podemos observar que 53,7% dos professores têm até 35 anos e 46,3% têm 36 ou mais anos de idade.

Gráfico 2- Distribuição da amostra por **Tempo de serviço docente**

Em relação ao tempo de serviço dos sujeitos, no Gráfico 2, verificamos que 14,81% dos professores possuem menos de 5 anos de tempo de serviço, 33,33% possuem entre 5 a 10 anos de tempo de serviço, 35,19% têm entre 11 a 20 anos de tempo de serviço e 16,67% dos inquiridos têm mais de 20 anos de tempo de serviço.

Verificamos ainda que, agrupando estes quatro grupos, em dois grupos amostrais independentes, 48,15% dos sujeitos possui até 10 anos de tempo de serviço ao passo que 51,86% têm 11 anos de tempo de serviço ou mais.

Gráfico 3- Distribuição da amostra por **Situação Profissional**

No que diz respeito à situação profissional dos sujeitos, ao analisarmos o Gráfico 4 verificamos que 51,85% são professores do quadro e 48,15% são professores contratados.

Tabela 2- Distribuição da amostra por **Experiência com alunos com PHDA**

Experiência: nº alunos com PHDA por turma/grupo de trabalho, no presente ano letivo	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1	11	20,4	20,4
2	7	13,0	33,3
3	5	9,3	42,6
4	1	1,9	44,4
6	1	1,9	46,3
nenhum aluno	29	53,7	100,0
Total	54	100,0	

Através da Tabela 2, relativa à experiência dos sujeitos com alunos com PHDA, no presente ano letivo, 20,4% dos sujeitos têm um aluno na sua turma/grupo de trabalho, 13% têm dois alunos, 9,3% têm 3 alunos, 1,9% têm quatro alunos e 1,9% têm 6 alunos na sua turma/grupo de trabalho.

Isto perfaz uma percentagem acumulada de 46,3% de professores que têm alunos com PHDA na sua turma/grupo de trabalho, no presente ano letivo. Verificamos ainda que 53,7% dos sujeitos referiram não ter alunos na sua turma/grupo de trabalho, no presente ano letivo.

Tabela 3- Distribuição da amostra por **Formação**

Formação nos temas PHDA/hiperatividade	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sim	21	38,9	38,9
Não	33	61,1	100,0
Total	54	100,0	

Ao observarmos a Tabela 3 verificamos que 38,9% dos sujeitos já realizou formação nos temas PHDA ou hiperatividade, ao contrário de 61,1% que referiram não ter formação nestes temas.

3. Medidas

“O modelo de análise é o esquema orientador da conceção teórica, que identifica os aspetos que influenciam a situação que está a ser investigada – organiza de forma lógica e integradora as diversas variáveis e a dinâmica da situação a ser investigada.”

(Sousa & Batista, 2011, p. 50)

3.1. Definição e caracterização das variáveis

Segundo Almeida & Freire (2003), dependendo do papel que uma variável tem na investigação, pode ser designada dependente, independente, de controlo ou parasita. Cada um destes tipos de variáveis pode influenciar as hipóteses formuladas. A variável independente se identifica com a dimensão ou a característica que o investigador manipula deliberadamente por conhecer o seu impacto numa outra variável, a variável dependente. A variável dependente define-se, contudo “como a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente” (p.51).

As variáveis associadas à variável independente que afectam os resultados da variável dependente chamam-se variáveis parasitas.

A variável que é alheia ao estudo podendo influenciar os resultados e atuar de forma interativa denomina-se variável de controlo.

Para todas as hipóteses apresentadas são formuladas as seguintes variáveis dependentes (VD):

- VD1: Características do aluno com PHDA;
- VD2: Estratégias educativas de intervenção;
- VD3: Práticas educativas de intervenção.

Estas variáveis, quanto à função são consideradas variáveis dependentes, quanto à métrica são consideradas ordinais e quanto ao processo de operacionalização são operacionalizadas por escalas de opiniões, através do questionário construído pelo autor, nomeadamente:

- nas questões do grupo II (II.1 e II.2), para as características do aluno com PHDA (VD1);
- nas questões do grupo III, para as estratégias de intervenção educativa (VD2);
- nas questões do grupo IV, para as práticas educativas de intervenção (VD3).

Existe uma variável independente (VI) para cada uma das cinco hipóteses:

H1- (VII): - Idade

- H2- (VI2): - Tempo de serviço docente
- H3- (VI3): - Situação Profissional
- H4- (VI4): - Experiência com alunos com PHDA
- H5- (VI5): - Formação

Quanto à função, estas variáveis são consideradas variáveis independentes, dicotômicas, sendo as duas primeiras (VI1 e VI2) de métrica ordinal e as restantes (VI3, VI4 e VI5) de métrica nominal.

As variáveis independentes são operacionalizadas pelo questionário de caracterização dos sujeitos, construído pelo autor do estudo, nas questões do grupo I (I.A e I.B).

3.2.Fundamentação dos sistemas de análise

As técnicas que selecionamos são as que consideramos mais adequadas para a obtenção dos resultados que pretendemos atingir. Para a realização da nossa investigação, optamos pela construção de um inquérito por questionário.

Segundo Freixo (2011), o questionário é uma técnica de investigação, na qual se interroga uma série de sujeitos, por escrito, procurando conhecer as suas opiniões, atitudes, preferências, etc. Estes podem ser classificados de questionários do tipo aberto, quando utiliza questões de resposta aberta; questionários do tipo fechado, quando utiliza questões de resposta fechada; e questionários do tipo misto, quando combina questões de resposta fechada com questões de resposta aberta.

Na construção do nosso questionário optamos pelo questionário tipo misto, com a maior parte das questões de resposta fechada, que são combinadas com algumas questões de resposta aberta.

Este tipo de questionário permite uma mais fácil análise dos dados, não descurando a importância da opinião própria dos inquiridos. Para além disso, assume-se como o instrumento de recolha de dados mais adequado, devido à quantidade de sujeitos que permite abranger. Os dados obtêm-se de uma forma relativamente rápida, permitindo a quantificação dos dados com alguma facilidade.

O anonimato do inquérito por questionário permite aos inquiridos o preenchimento sem receios, possibilitando uma maior liberdade para expressarem as suas opiniões.

O uso de questionários também poderá trazer algumas desvantagens, já que não há garantia da sua devolução ou do seu total preenchimento. Para minimizar estas desvantagens optámos por fazer

a entrega dos questionários em mão, definimos um prazo de recolha e passamos a recolher os mesmos na data estabelecida.

Os questionários utilizados são da nossa autoria e baseamo-nos, para a construção deste instrumento, noutras escalas elaboradas pelos autores Filipe (2011) e Monteiro (2011).

O questionário elaborado está dividido em quatro grupos.

O grupo I faz a **caracterização dos sujeitos** e está dividido em dois subgrupos:

A – Dados biográficos (questões 1, 2, 3, 4 e 5 e 6);

B – Conhecimento dos docentes face à PHDA (questões 1, 2, 2.1, 3, 4, 5 e 5.1).

As questões 2, 3 e 4 do subgrupo A, pretendem operacionalizar as variáveis VI1-idade, VI2-tempo de serviço, VI3-situação profissional, ao passo que as questões 1 e 5 do subgrupo B, pretendem operacionalizar as variáveis VI4-experiência com alunos com PHDA e VI5-formação.

Quanto ao tipo de questão, no subgrupo A, as questões 1 e 3 são consideradas questões fechadas, de resposta única; a questão 2 é considerada de resposta aberta, e as questões 4, 5 e 6 questões semi-fechadas de resposta única.

No subgrupo B, as questões 1, 3, 4 e 5.1 são consideradas questões semi-fechadas, sendo a primeira de resposta única e as restantes de resposta múltipla; as questões 2 e 5 são questões de filtro; a questão 2.1 é de resposta aberta.

O grupo II recolhe informação sobre a opinião dos professores do 1ºCEB em relação às **características do aluno com PHDA**, e está dividido em dois subgrupos:

1 – Características do aluno com PHDA, segundo os critérios da DSM-IV (as 15 primeiras questões em escala, de resposta fechada e a questão 16 de resposta aberta);

2 – Problemas associados à PHDA (as 8 primeiras questões em escala, de resposta fechada e a questão 9 de resposta aberta).

O grupo III recolhe informação sobre as **estratégias de intervenção educativa** que os sujeitos consideram mais adequadas utilizar no quotidiano com crianças com PHDA (foram elaboradas 20 questões em escala de resposta fechada e uma questão (questão 21) de resposta aberta).

O grupo IV recolhe informação sobre as **práticas de intervenção educativa** que os professores do 1ºCEB consideram mais adequadas e podem trazer mais benefícios à criança com PHDA (foram elaboradas 8 questões em escala de resposta fechada e uma questão (questão 9) de resposta aberta).

4. Procedimentos

“Um procedimento é uma forma de progredir em direção a um objetivo.”

(Quivy & Campenhoudt, 1992, p.12)

Iniciámos o nosso estudo com uma cuidada revisão bibliográfica acerca do tema em estudo, após o qual passamos à elaboração do questionário a aplicar.

Depois de elaborado o questionário realizou-se o pré-teste. O questionário inicial foi entregue a 6 professores do 1º CEB que não fizeram parte da amostra; após o seu preenchimento e verificação de algumas lacunas, fizeram-se as reformulações necessárias que deram origem ao questionário final utilizado (ver Apêndice 1).

De seguida, entramos em contato com a Direção do agrupamento de escolas selecionado (em 18-02-2013) e solicitamos autorização para a entrega dos questionários nas escolas do 1ºCEB (ver Apêndice 2).

Após termos a devida autorização, os questionários foram entregues (dentro de um envelope) diretamente aos professores selecionados da seguinte forma: entramos em contato com os coordenadores de cada escola, onde nos identificamos, explicamos o objetivo do nosso estudo e pedimos autorização para distribuir os questionários pelos docentes.

Esta distribuição foi feita em mão e estabelecemos uma data para a recolha dos mesmos (os questionários foram entregues em 04-03-2013 e recolhidos em 18-03-2013).

Quando entregamos os questionários, explicamos detalhadamente qual a pretensão do nosso estudo e asseguramos a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

A recolha dos questionários foi realizada na data prevista, procedendo-se, posteriormente, à análise estatística e tratamento dos dados recolhidos.

5. Tratamento dos dados

“O tratamento de dados vai permitir ao investigador e ao profissional retirar as conclusões do seu estudo”.

(Almeida e Freire, 2003, p.179)

Relativamente ao tratamento da informação do nosso estudo, utilizamos uma análise estatística dos dados e uma análise sistemática e interpretativa dos mesmos.

Com o intuito de procurar atingir o objetivo da nossa investigação, entendemos necessário recorrer ao programa de estatística Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics 19), uma vez que este é um software apropriado para a elaboração de análises estatísticas de matrizes de dados.

O seu uso permitiu-nos criar uma base de dados fiel ao questionário e analisar, cruzar e comparar os dados recolhidos com as características da amostra, descrevendo os dados em gráficos e tabelas de frequência.

Os dados recolhidos foram tratados através da análise quantitativa, pois esta é uma técnica de investigação objetiva e sistemática do conteúdo manifesto no questionário.

Foram introduzidos na nossa base de dados as opiniões dos 54 sujeitos inquiridos através dos questionários.

Para testar as hipóteses utilizamos uma estatística não paramétrica, uma vez que tem dados de métrica ordinal, nomeadamente testes de diferenças de média para dois grupos amostrais independentes (teste *Mann-Whitney U*), para um nível de significância $p < .05$.

Utilizou-se também para a caracterização dos sujeitos uma análise descritiva, do tipo percentílica, com recurso a tabelas e a gráficos.

Para uma análise inicial das diferentes escalas, utilizou-se, igualmente, uma análise descritiva, com recurso a medidas de tendência central (média, mediana, moda e sumatório) e às medidas de dispersão (desvio padrão, máximo e mínimo).

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Análise e Interpretação dos Dados (...) É o processo de decomposição de um todo nos seus elementos, procedendo posteriormente à sua examinação – de uma forma sistemática – parte por parte. Em termos de processo de investigação, corresponde à etapa onde se registam, analisam e interpretam os dados.”

(Sousa & Batista, 2011, p. 106)

1. Apresentação dos resultados

A apresentação de resultados realizou-se em três grandes pontos: ponto 1- Análise do conhecimento que os sujeitos têm sobre a PHDA; ponto 2- Análise descritiva das opiniões dos professores do 1ºCEB, face às características do aluno com PHDA, às estratégias e às práticas educativas de intervenção; ponto 3- Testagem das hipóteses consideradas, face às características do aluno com PHDA, às estratégias e às práticas de intervenção educativa.

Ponto 1- Análise do conhecimento que os sujeitos têm sobre a PHDA.

Neste ponto será analisado o conhecimento dos sujeitos através da experiência com alunos com PHDA (Tabela 4) e através de formação por si realizada (Tabela 7), bem como do conhecimento que os sujeitos acerca do profissional mais habilitado ao diagnóstico da PHDA (Tabela 5) e do profissional que dá apoio aos alunos com esta perturbação na escola onde lecionam (Tabela 6).

Tabela 4 – Conhecimento dos professores através da experiência com alunos com PHDA no grupo/turma.

Experiência com alunos com PHDA no grupo/turma		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
No presente ano letivo	Sim	25	46,3	46,3
	Não	29	53,7	100,0
Total		54	100,0	
Em anos letivos anteriores	Sim	43	79,6	79,6
	Não	11	20,4	100,0
Total		54	100,0	

Ao observarmos a Tabela 4, verificamos que, quanto ao conhecimento dos professores do 1ºCEB, adquirido através da sua experiência com alunos com PHDA, no presente ano letivo 46,3%

dos professores inquiridos têm alunos com esta perturbação no seu grupo/turma em oposição a 53,7% de professores que referem não ter.

Em relação a anos letivos anteriores, observamos que 79,6% dos sujeitos referem ter tido alunos com esta perturbação no seu grupo/turma ao contrário de 20,4% que dizem que não.

Tabela 5 – Conhecimento do profissional mais habilitado ao diagnóstico da PHDA

Profissional mais habilitado ao diagnóstico da PHDA		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Prof. titular de turma	Sim	6	11,1	11,1
	Não	48	88,9	100,0
	Total	54	100,0	
Prof. da Educação Especial	Sim	12	22,2	22,2
	Não	42	77,8	100,0
	Total	54	100,0	
Psicólogo	Sim	12	22,2	22,2
	Não	42	77,8	100,0
	Total	54	100,0	
Médico/neurologista/pedopsiquiatra	Sim	39	72,2	72,2
	Não	15	27,8	100,0
	Total	54	100,0	

Em relação ao conhecimento que os professores do 1ºCEB têm acerca do profissional mais habilitado à realização do diagnóstico da PHDA, ao observarmos a Tabela 5, verificamos que 72,2% dos sujeitos consideram o Médico/neurologista/pedopsiquiatra como o profissional mais habilitado ao diagnóstico da PHDA, enquanto 27,8% que não o consideram como tal.

No que toca ao professor da Educação Especial, bem como ao psicólogo, para ambos os profissionais, 22,2% dos sujeitos responderam que estes são os profissionais mais habilitados ao diagnóstico da PHDA, ao contrário de 77,8% que responderam não o ser.

Podemos ainda observar que apenas 11,1% dos sujeitos consideram o professor titular de turma como o profissional mais habilitado ao diagnóstico da PHDA, ao contrário de 88,9% que não o consideram como tal.

Constatamos ainda que o professor titular de turma é o profissional menos vezes mencionado, ao passo que o mais vezes mencionado é o Médico/neurologista/pedopsiquiatra.

Tabela 6 – Conhecimento do profissional que dá apoio aos alunos com PHDA na escola onde os sujeitos lecionam.

Profissional que dá apoio ao aluno com PHDA		Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Prof. do Apoio Educativo	Sim	15	27,8	27,8
	Não	39	72,2	100,0
	Total	54	100,0	
Prof.da Educação Especial	Sim	52	96,3	96,3
	Não	2	3,7	100,0
	Total	54	100,0	
Psicólogo	Sim	15	27,8	27,8
	Não	39	72,2	100,0
	Total	54	100,0	
Professor titular de turma	Sim	31	57,4	57,4
	Não	23	42,6	100,0
	Total	54	100,0	

No que diz respeito ao conhecimento que os professores do 1ºCEB têm, acerca do profissional que dá apoio aos alunos com PHDA, na escola onde lecionam, ao observarmos a Tabela 6, verificamos que estes referem o professor da Educação Especial, como aquele que está mais presente no apoio a estes alunos, com 96,3% dos sujeitos a serem desta opinião, ao contrário de 3,7% que referem que este não dá apoio nas escolas onde lecionam.

O professor titular de turma aparece como o segundo profissional mais vezes mencionado com 57,4% dos sujeitos a referirem que estes dão apoio nas escolas onde lecionam, enquanto 42,6% referem o contrário.

Em relação ao professor do Apoio Educativo bem como ao psicólogo, para ambos os profissionais, 27,8% dos sujeitos responderam que estes profissionais dão apoio aos alunos com PHDA, nas escolas onde lecionam, ao contrário de 72,2% que responderam que não.

Tabela 7- Conhecimento dos sujeitos através de formação sobre os temas PHDA ou hiperatividade.

Formação		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Inserida no curso de formação inicial	Sim	1	1,9	1,9
	Não	53	98,1	100,0
	Total	54	100,0	
Conferências/palestras	Sim	11	20,4	20,4
	Não	43	79,6	100,0
	Total	54	100,0	
Ações de formação	Sim	7	13,0	27,8
	Não	47	87,0	100,0
	Total	54	100,0	
Pós-Graduação/Especialização, Mestrado ou Doutoramento	Sim	10	18,5	57,4
	Não	44	81,5	100,0
	Total	54	100,0	

Através da observação da Tabela 7, verificamos que 1,9% dos professores responderam ter tido formação *inserida no curso de formação inicial*, ao contrário de 98% que responderam não ter este tipo de formação.

Em relação à formação realizada através de *Conferências/palestras*, responderam afirmativamente 20,4% de professores, ao contrário de 79,6% que responderam que não obtiveram este tipo de formação.

No que diz respeito à formação realizada através de *Ações de formação*, responderam afirmativamente 13% de professores, ao contrário de 87% que responderam que não efetuaram este tipo de formação.

Por fim, 18,5% de professores referiram ter formação realizada através de *Pós-Graduação/Especialização, Mestrado ou Doutoramento*, ao contrário de 81,5% que responderam que não.

Ponto 2- Análise descritiva das opiniões dos professores do 1ºCEB face às características do aluno com PHDA, às estratégias e às práticas educativas de intervenção educativa.

Neste ponto serão apresentadas as opiniões dos professores acerca das características dos alunos com PHDA (Tabela 8), dos problemas associados a esta perturbação (Tabela 9), das estratégias educativas de intervenção (Tabela 10), das práticas educativas de intervenção consideradas mais adequadas (Tabela 11) e de outras estratégias/práticas educativas por si utilizadas e consideradas adequadas no trabalho com alunos com PHDA (Tabela 12).

Tabela 8 - Opiniões dos professores acerca das **características** do aluno com PHDA (critérios da DSM-IV-TR).

Características (Itens do grupo II.1)	Escala (1-nada frequente, 2-pouco frequente, 3-moderadamente frequente, 4-frequente, 5-muito frequente)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa	Percentagens agrupadas (negativas (1+2)/ médias (3) / altas (4+5))	média
1.Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades mais lúdicas.	1 2 3 4 5 Total	2 0 13 17 22 54	3,7 0,0 24,1 31,5 40,7 100,0	3,7 3,7 24,1 59,3 100,0	Negativas 3,7 Médias 24,1 Altas 72,2 Total 100,0	4,06
2.Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades.	1 2 3 4 5 Total	0 0 2 16 36 54	0,0 0,0 3,7 29,6 66,7 100,0	0,0 0,0 3,7 33,3 100,0	Negativas 0,0 Médias 3,7 Altas 96,3 Total 100,0	4,63
3.Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.	1 2 3 4 5 Total	1 4 11 28 10 54	1,9 7,4 20,4 51,9 18,5 100,0	1,9 9,3 29,6 81,5 100,0	Negativas 9,3 Médias 20,4 Altas 70,4 Total 100,0	3,78
4.Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas.	1 2 3 4 5 Total	1 0 15 27 11 54	1,9 0,0 27,8 50,0 20,4 100,0	1,9 1,9 29,6 79,6 100,0	Negativas 1,9 Médias 29,6 Alta 70,4 Total 100,0	3,87
5.Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram o esforço mental permanente.	1 2 3 4 5 Total	3 10 15 20 6 54	5,6 18,5 27,8 37,0 11,1 100,0	5,6 24,1 51,9 88,9 100,0	Negativas 24,1 Médias 27,8 Altas 48,1 Total 100,0	3,30
6.Perde objetos necessários a tarefas e atividades.	1 2 3 4 5 Total	1 6 20 20 7 54	1,9 11,1 37,0 37,0 13,0 100,0	1,9 13,0 50,0 87,0 100,0	Negativas 13,0 Médias 37,0 Altas 50,0 Total 100,0	3,48
7.Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	1 2 3 4 5 Total	0 3 3 20 28 54	0,0 5,6 5,6 37,0 51,9 100,0	0,0 5,6 11,1 48,1 100,0	Negativas 5,6 Médias 11,1 Altas 88,9 Total 100,0	4,35

8. <i>Esquece-se das atividades quotidianas.</i>	1	3	5,6	5,6	Negativas	20,4	3,11
	2	8	14,8	20,4	Médias	48,1	
	3	26	48,1	68,5	Altas	31,5	
	4	14	25,9	94,4			
	5	3	5,6	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	
9. <i>Fala excessivamente, interrompe e perturba os colegas.</i>	1	0	0,0	0,0	Negativas	9,3	3,94
	2	5	9,3	9,3	Médias	22,2	
	3	12	22,2	31,5	Altas	68,5	
	4	18	33,3	64,8			
	5	19	35,2	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	
10. <i>Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.</i>	1	1	1,9	1,9	Negativas	7,4	3,93
	2	3	5,6	7,4	Médias	16,7	
	3	9	16,7	24,1	Altas	75,9	
	4	27	50,0	74,1			
	5	14	25,9	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	
11. <i>Levanta-se da cadeira, salta, corre, anda pela sala de aula.</i>	1	1	1,9	1,9	Negativas	7,4	3,59
	2	3	5,6	7,4	Médias	37,0	
	3	20	37,0	44,4	Altas	55,6	
	4	23	42,6	87,0			
	5	7	13,0	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	
12. <i>Muito ativo, como se estivesse “ligado a um motor”.</i>	1	1	1,9	1,9	Negativas	5,6	4,00
	2	2	3,7	5,6	Médias	18,5	
	3	10	18,5	24,1	Altas	75,9	
	4	24	44,4	68,5			
	5	17	31,5	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	
13. <i>Precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado.</i>	1	0	0,0	0,0	Negativas	13,0	3,81
	2	7	13,0	13,0	Médias	18,5	
	3	10	18,5	31,5	Altas	68,5	
	4	23	42,6	74,1			
	5	14	25,9	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	
14. <i>Sente dificuldades em esperar pela sua vez.</i>	1	0	0,0	0,0	Negativas	7,4	3,96
	2	4	7,4	7,4	Médias	14,8	
	3	8	14,8	22,2	Altas	77,8	
	4	28	51,9	74,1			
	5	14	25,9	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	
15. <i>Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.</i>	1	0	0,0	0,0	Negativas	5,6	3,91
	2	3	5,6	5,6	Médias	25,9	
	3	14	25,9	31,5	Altas	68,5	
	4	22	40,7	72,2			
	5	15	27,8	100,0			
	Total	54	100,0		Total	100,0	

Podemos observar, através da Tabela 8, que todos os resultados das médias dos sujeitos, nos diferentes itens, estão acima do ponto médio de escala (*3-moderadamente frequente*).

Observamos ainda que os itens 1, 2, 7 e 12, apresentam médias acima de 4,00%, e que os itens 3, 4, 9, 10, 11, 13, 14 e 15 têm médias muito próximas desta percentagem, o que revela que os sujeitos têm opiniões muito favoráveis a que estas sejam características dos alunos com PHDA.

Com médias mais baixas podemos observar os itens 5, 6 e 8, com médias de 3,30%, 3,48% e 3,11%, respetivamente.

Tabela 9 – Opiniões dos professores acerca de **problemas associados** à PHDA.

Problemas associados à PHDA (Itens do grupo II.1)	Escala (1-nada frequente, 2-pouco frequente, 3-moderadamente frequente, 4-frequente, 5-muito frequente)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa	Percentagens agrupadas (negativas (1+2)/ médias (3) / altas (4+5))	média
<i>1.Dificuldade na relação com os pares.</i>	1 2 3 4 5 Total	3 7 10 22 12 54	5,6 13,0 18,5 40,7 22,2 100,0	5,6 18,5 37,0 77,8 100,0	Negativas 18,5 Médias 18,5 Altas 62,9 Total 100,0	3,61
<i>2.Pouca persistência e baixa motivação.</i>	1 2 3 4 5 Total	2 1 17 20 14 54	3,7 1,9 31,5 37,0 25,9 100,0	3,7 5,6 37,0 74,1 100,0	Negativas 5,6 Médias 31,5 Altas 62,9 Total 100,0	3,80
<i>3.Comportamentos agressivos e de oposição.</i>	1 2 3 4 5 Total	2 9 14 18 11 54	3,7 16,7 25,9 33,3 20,4 100,0	3,7 20,4 46,3 79,6 100,0	Negativas 20,4 Médias 25,9 Altas 53,7 Total 100,0	3,50
<i>4.Não aceitar nem respeitar regras.</i>	1 2 3 4 5 Total	1 5 12 29 7 54	1,9 9,3 22,2 53,7 13,0 100,0	1,9 11,1 33,3 87,0 100,0	Negativas 11,1 Médias 22,2 Alta 66,7 Total 100,0	3,67
<i>5.Dificuldades de aprendizagem.</i>	1 2 3 4 5 Total	2 3 16 22 11 54	3,7 5,6 29,6 40,7 20,4 100,0	3,7 9,3 38,9 79,6 100,0	Negativas 9,3 Médias 29,6 Altas 61,1 Total 100,0	3,69
<i>6.Baixa auto-estima.</i>	1 2 3 4 5 Total	4 2 25 17 6 54	7,4 3,7 46,3 31,5 11,1 100,0	7,4 11,1 57,4 88,9 100,0	Negativas 11,1 Médias 46,3 Altas 42,6 Total 100,0	3,35
<i>7.Fraca noção do perigo.</i>	1 2 3 4 5 Total	2 7 25 15 5 54	3,7 13,0 46,3 27,7 9,3 100,0	3,7 16,7 63,0 90,7 100,0	Negativas 16,7 Médias 46,3 Altas 37,0 Total 100,0	3,26
<i>8.Propensão para comportamentos de risco.</i>	1 2 3 4 5 Total	2 4 16 27 5 54	3,7 7,4 29,6 50,0 9,3 100,0	3,7 11,1 40,7 90,7 100,0	Negativas 11,1 Médias 29,6 Altas 59,3 Total 100,0	3,54

Através da Tabela 9, podemos observar que em todos os itens, as opiniões dos sujeitos se mantêm acima do ponto médio da escala (*3-moderadamente frequente*). Observamos ainda com médias mais altas os itens 1, 2, 3, 4, 5 e 8, com 3,61%, 3,80%, 3,50%, 3,67%, 3,69% e 3,54%, respetivamente, e com médias mais baixas os itens 6 e 7, com 3,35% e 3,26%, respetivamente.

Tabela 10 – Opiniões dos professores acerca das **estratégias de intervenção educativa**.

Estratégias (Itens do grupo III)	Escala (1-nada adequada, 2-pouco adequada, 3-adequada, 4- muito adequada, 5- totalmente adequada)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa	Percentagens agrupadas (negativas (1+2)/ médias (3) / altas (4+5))	média
1.Avaliar os problemas específicos do aluno para melhor planejar e selecionar os componentes de intervenção.	1 2 3 4 5 Total	0 0 5 10 39 54	0,0 0,0 9,3 18,5 72,2 100,0	0,0 0,0 9,3 27,8 100,0	Negativas 0,0 Médias 9,3 Altas 90,7 Total 100,0	4,63
2.Manter a sala e o ambiente educativo devidamente estruturados.	1 2 3 4 5 Total	0 1 5 26 22 54	0,0 1,9 9,3 48,1 40,7 100,0	0,0 1,9 11,1 59,3 100,0	Negativas 1,9 Médias 9,3 Altas 88,8 Total 100,0	4,28
3.Realizar trabalhos de grupo, a pares, de tutoria.(trabalho cooperativo)	1 2 3 4 5 Total	0 8 22 22 2 54	0,0 14,8 40,7 40,7 3,7 100,0	0,0 14,8 55,6 96,3 100,0	Negativas 14,8 Médias 40,7 Altas 44,5 Total 100,0	3,33
4.Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	1 2 3 4 5 Total	1 7 18 25 3 54	1,9 13,0 33,3 46,3 5,6 100,0	1,9 14,8 48,1 94,4 100,0	Negativas 14,8 Médias 33,3 Alta 51,9 Total 100,0	3,41
5.Sentar o aluno longe de focos de distração (janelas, corredor, ar condicionado...).	1 2 3 4 5 Total	1 2 5 21 25 54	1,9 3,7 9,3 38,9 46,3 100,0	1,9 5,6 14,8 53,7 100,0	Negativas 5,6 Médias 9,3 Altas 85,1 Total 100,0	4,24
6.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas) e relembrá-las frequentemente.	1 2 3 4 5 Total	0 1 10 22 21 54	0,0 1,9 18,5 40,7 38,9 100,0	0,0 1,9 20,4 61,1 100,0	Negativas 1,9 Médias 18,5 Altas 79,6 Total 100,0	4,17
7.Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma tarefa específica.	1 2 3 4 5 Total	0 2 6 25 21 54	0,0 3,7 11,1 46,3 38,9 100,0	0,0 3,7 14,8 61,1 100,0	Negativas 3,7 Médias 11,1 Altas 85,2 Total 100,0	4,20
8.Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa.	1 2 3 4 5 Total	0 0 9 34 11 54	0,0 0,0 16,7 63,0 20,4 100,0	0,0 0,0 16,7 79,6 100,0	Negativas 0,0 Médias 16,7 Altas 83,3 Total 100,0	4,04
9.Dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, distribuídas em separado.	1 2 3 4 5 Total	0 0 12 16 26 54	0,0 0,0 22,2 29,6 48,1 100,0	0,0 0,0 22,2 51,9 100,0	Negativas 0,0 Médias 22,2 Altas 77,8 Total 100,0	4,26
10.Dar as instruções iniciais de forma clara e por etapas.	1 2 3 4 5 Total	0 1 2 23 28 54	0,0 1,9 3,7 42,6 51,9 100,0	0,0 1,9 5,6 48,1 100,0	Negativas 1,9 Médias 3,7 Altas 94,4 Total 100,0	4,44

11. Circular pela sala monitorizando o comportamento do aluno e dando “feedback” frequente e específico, de modo não intrusivo.	1	0	0,0	0,0	Negativas	1,9	4,19
	2	1	1,9	1,9	Médias	20,4	
	3	11	20,4	22,2	Altas	77,7	
	4	19	35,2	57,4	Total	100,0	
	5	23	42,6	100,0			
	Total	54	100,0				
12. Utilizar o reforço positivo, premiando e valorizando a realização das tarefas.	1	0	0,0	0,0	Negativas	0,0	4,54
	2	0	0,0	0,0	Médias	7,4	
	3	4	7,4	7,4	Alta	92,6	
	4	17	31,5	38,9	Total	100,0	
	5	33	61,1	100,0			
	Total	54	100,0				
13. Recompensar o aluno pelo comportamento adequado logo após o mesmo se verificar.	1	0	0,0	0,0	Negativas	3,7	4,09
	2	2	3,7	3,7	Médias	25,9	
	3	14	25,9	29,6	Altas	70,4	
	4	15	27,8	57,4	Total	100,0	
	5	23	42,6	100,0			
	Total	54	100,0				
14. Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado.	1	6	11,1	11,1	Negativas	24,1	3,15
	2	7	13,0	24,1	Médias	37,0	
	3	20	37,0	61,1	Altas	38,9	
	4	15	27,8	88,9	Total	100,0	
	5	6	11,1	100,0			
	Total	54	100,0				
15. Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação.	1	0	0,0	0,0	Negativas	1,9	4,04
	2	1	1,9	1,9	Médias	13,0	
	3	7	13,0	14,8	Altas	85,1	
	4	35	64,8	79,6	Total	100,0	
	5	11	20,4	100,0			
	Total	54	100,0				
16. Preparar um “canto” na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados.	1	17	31,5	31,5	Negativas	46,3	2,57
	2	8	14,8	46,3	Médias	29,6	
	3	16	29,6	75,9	Altas	24,1	
	4	7	13,0	88,9	Total	100,0	
	5	6	11,1	100,0			
	Total	54	100,0				
17. Recorrer ao “time out” (colocar o aluno fora da sala uns minutos, até se acalmar), caso exista um local próprio e uma pessoa preparada para o acompanhar.	1	5	9,3	9,3	Negativas	16,7	3,37
	2	4	7,4	16,7	Médias	37,0	
	3	20	37,0	53,7	Alta	46,3	
	4	16	29,6	83,3	Total	100,0	
	5	9	16,7	100,0			
	Total	54	100,0				
18. Utilizar o computador como ferramenta de trabalho.	1	0	0,0	0,0	Negativas	3,7	3,89
	2	2	3,7	3,7	Médias	31,5	
	3	17	31,5	35,2	Altas	64,8	
	4	20	37,0	72,2	Total	100,0	
	5	15	27,8	100,0			
	Total	54	100,0				
19. Prestar apoio individualizado ao aluno, sempre que possível.	1	0	0,0	0,0	Negativas	0,0	4,43
	2	0	0,0	0,0	Médias	13,0	
	3	7	13,0	13,0	Alta	87,0	
	4	17	31,5	44,4	Total	100,0	
	5	30	55,6	100,0			
	Total	54	100,0				
20. Manter um contacto frequente com o Encarregado de Educação.	1	0	0,0	0,0	Negativas	0,0	4,56
	2	0	0,0	0,0	Médias	11,1	
	3	6	11,1	11,1	Altas	88,9	
	4	12	22,2	33,3	Total	100,0	
	5	36	66,7	100,0			
	Total	54	100,0				

Como se pode observar pela tabela anterior (Tabela 10), os sujeitos têm opiniões muito favoráveis à utilização das estratégias apresentadas nos itens 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 19 e 20, como se pode ver pelas médias sempre acima dos 4,04%. Observamos ainda que o item 18, com 3,89%, tem um valor de média muito próximo dos 4,00%.

Nos itens 3, 4, 14 e 17, os resultados das médias dos sujeitos, estão acima do ponto médio de escala (3- adequada), pelo que os sujeitos são também favoráveis à sua utilização.

Pelo contrário, em relação ao item 16 (*Preparar um “canto” na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados*), verificamos um valor abaixo do ponto médio da escala (3- adequada), com a média de 2,57%, o que indica que os professores do 1º CEB são de opinião contrária à utilização desta estratégia na sala de aula.

A tabela seguinte refere-se às opiniões dos professores acerca das práticas educativas de intervenção.

Tabela 11- Opiniões dos professores acerca das **práticas educativas de intervenção**.

Práticas (Questões do grupo IV)	Escala (1- nada adequada, 2- pouco adequada, 3- adequada, 4- muito adequada, 5- totalmente adequada)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa	Percentagens agrupadas (negativas (1+2)/ médias (3) / altas (4+5))	média
1.Tratamento Multimodal (medicação, instrução/educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações a aplicar na escola e em casa).	1	0	0,0	0,0	Negativas 0,0	4,54
	2	0	0,0	0,0	Médias 7,4	
	3	4	7,4	7,4	Altas 92,6	
	4	17	31,5	38,9	Total 100,0	
	5	33	61,1	100,0		
	Total	54	100,0			
2.Medicação associada a terapia-comportamental.	1	0	0,0	0,0	Negativas 1,9	4,37
	2	1	1,9	1,9	Médias 14,8	
	3	8	14,8	16,7	Altas 83,3	
	4	15	27,8	44,4	Total 100,0	
	5	30	55,6	100,0		
	Total	54	100,0			
3.Medicação do aluno.	1	2	3,7	3,7	Negativas 9,3	3,76
	2	3	5,6	9,3	Médias 27,8	
	3	15	27,8	37,0	Altas 62,9	
	4	20	37,0	74,1	Total 100,0	
	5	14	25,9	100,0		
	Total	54	100,0			
4.Terapia familiar.	1	0	0,0	0,0	Negativas 11,1	3,81
	2	6	11,1	11,1	Médias 25,9	
	3	14	25,9	37,0	Altas 63,0	
	4	18	33,3	70,4	Total 100,0	
	5	16	29,6	100,0		
	Total	54	100,0			

5. Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.	1	0	0,0	0,0	Negativas	7,4	3,87
	2	4	7,4	7,4	Médias	25,9	
	3	14	25,9	33,3	Altas	66,7	
	4	21	38,9	72,2	Total	100,0	
	5	15	27,8	100,0			
	Total	54	100,0				
6. Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.	1	0	0,0	0,0	Negativas	0,0	4,39
	2	0	0,0	0,0	Médias	9,3	
	3	5	9,3	9,3	Altas	90,7	
	4	23	42,6	51,9	Total	100,0	
	5	26	48,1	100,0			
	Total	54	100,0				
7. Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar.	1	0	0,0	0,0	Negativas	0,0	4,65
	2	0	0,0	0,0	Médias	7,4	
	3	4	7,4	7,4	Altas	92,6	
	4	11	20,4	27,8	Total	100,0	
	5	39	72,2	100,0			
	Total	54	100,0				
8. Apoio Pedagógico Personalizado (da Educação Especial).	1	0	0,0	0,0	Negativas	0,0	4,43
	2	0	0,0	0,0	Médias	16,7	
	3	9	16,7	16,7	Altas	83,4	
	4	13	24,1	40,7	Total	100,0	
	5	32	59,3	100,0			
	Total	54	100,0				

Em relação às práticas educativas de intervenção podemos observar, através da Tabela 11, que todos os resultados das médias das opiniões dos sujeitos, nos diferentes itens, estão acima do ponto médio de escala (3-adequada).

Observamos ainda que os itens 1, 2, 6, 7 e 8 apresentam médias acima de 4,00%, e que os itens 3, 4 e 5 (com 3,76%, 3,81% e 3,87%, respetivamente), têm médias muito próximas dos 4,00%, o que revela que os sujeitos têm opiniões muito favoráveis à utilização de todos os itens da Tabela 11.

Tabela 12 – Outras estratégias/práticas educativas de intervenção.

Respostas dadas pelos professores		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Outras estratégias educativas de intervenção (questão 21, do grupo III)	1. "Treino de relaxamento"	1	1,9	1,9
	2. "Meditação/técnicas de relaxamento, diariamente"	1	1,9	3,7
	3. "Exercícios de relaxamento e concentração"	1	1,9	5,6
	4. "Reforçar a auto-estima com muita frequência"	1	1,9	7,4
	<i>não responde</i>	50	92,6	100,0
	Total	54	100,0	
Outras práticas educativas de intervenção. (questão 9, do grupo IV)	1. "Rotinas diárias/trabalho a pares e tutoria"	1	1,9	1,9
	2. "Número reduzido de alunos por turma"	1	1,9	3,7
	3. "O apoio deve ser dado com o aluno inserido no grupo (não se deve isolar)"	1	1,9	5,6
	4. "Contar até 10 muitas vezes, respirar fundo e acreditar no futuro"	1	1,9	7,4
	5. "Combinar com a Equipa estratégias a utilizar, e utilizar sempre as mesmas, reformulando-as sempre que se justifique."	1	1,9	9,3
	6. "Acompanhamento clínico/psicológico"	1	1,9	11,1
	<i>não responde</i>	48	88,9	100,0
	Total	54	100,0	

Quando foi solicitado aos sujeitos que referissem outras estratégias e/ou outras práticas educativas de intervenção por si utilizadas e consideradas adequadas em turmas de alunos com PHDA, verificamos, através da observação da Tabela 12, que 7,4% dos sujeitos indicaram outras estratégias educativas de intervenção consideradas relevantes (questão 21, do grupo III), ao contrário de 92,6% que não responderam. Em relação às práticas educativas de intervenção (questão 9, do grupo IV), verificamos que deram a sua opinião 11,1% dos sujeitos, ao contrário de 88,9% que não responderam. Para cada resposta verificou-se uma percentagem de 1,9%.

Observamos ainda que as estratégias 1- “Treino de relaxamento”, 2- “Meditação/técnicas de relaxamento, diariamente” e 3- “Exercícios de relaxamento e concentração”, do grupo III, apesar de serem respostas com algumas diferenças, estão todas relacionadas com treino de relaxamento e concentração/meditação, a que correspondem as opiniões de 5,6% dos inquiridos).

Ponto 3 – Testagem das hipóteses consideradas, face às características do aluno com PHDA, às estratégias e às práticas educativas de intervenção educativa.

Tendo por base a análise estatística das hipóteses, neste ponto é elaborada para cada hipótese de trabalho alternativa, a hipótese nula correspondente e procederemos à sua testagem.

Para testar as hipóteses foi utilizada uma estatística não paramétrica, com o teste de diferenças de média *Mann-Whitney U*, para um nível de significância $p < .05$, uma vez que o nosso estudo apresenta dados de métrica ordinal.

Assim, para a hipótese de trabalho H1 (*Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1º CEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA, consoante a idade.*), definiu-se a seguinte hipótese nula:

- H01= Não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a idade.

Nas tabelas seguintes (tabelas 13, 14 e 15), apresentaremos os resultados obtidos para a testagem desta hipótese que serão alvo de uma breve análise.

Tabela 13 - Resultados da hipótese H01 para as características/problemas associados à PHDA, consoante a idade.

Escala	Características/ Problemas associados à PHDA	Idade agrupada	N	Média	U	df	Signifi- cância
II.1 Características do aluno com PHDA (segundo critérios da DSM-IV)	1.Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades mais lúdicas.	até 35 anos	29	27,67	357,500	2	.927
		36 ou mais anos	25	27,30			
		Total	54				
	2.Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades.	até 35 anos	29	26,33	328,500	2	.474
		36 ou mais anos	25	28,86			
		Total	54				
	3.Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.	até 35 anos	29	26,97	347,000	2	.770
		36 ou mais anos	25	28,12			
		Total	54				
	4.Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas.	até 35 anos	29	30,24	283,000	2	.134
		36 ou mais anos	25	24,32			
		Total	54				
	5.Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram o esforço mental permanente.	até 35 anos	29	29,41	307,000	2	.316
		36 ou mais anos	25	25,28			
		Total	54				

	6. Perde objetos necessários a tarefas e atividades.	até 35 anos	29	28,33	338,500	2	.660
		36 ou mais anos	25	26,54			
		Total	54				
	7. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	até 35 anos	29	28,52	333,000	2	.570
		36 ou mais anos	25	26,32			
		Total	54				
	8. Esquece-se das atividades quotidianas.	até 35 anos	29	25,72	311,000	2	.337
		36 ou mais anos	25	29,56			
		Total	54				
	9. Fala excessivamente, interrompe e perturba os colegas.	até 35 anos	29	24,86	286,000	2	.164
		36 ou mais anos	25	30,56			
		Total	54				
	10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	até 35 anos	29	27,22	354,500	2	.881
		36 ou mais anos	25	27,82			
		Total	54				
II.2 Problemas associados à PHDA	11. Levanta-se da cadeira, salta, corre, anda pela sala de aula.	até 35 anos	29	27,57	360,500	2	.970
		36 ou mais anos	25	27,42			
		Total	54				
	12. Muito ativo, como se estivesse “ligado a um motor”.	até 35 anos	29	27,64	358,500	2	.941
		36 ou mais anos	25	27,34			
		Total	54				
	13. Precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado.	até 35 anos	29	28,95	320,500	2	.442
		36 ou mais anos	25	25,82			
		Total	54				
	14. Sente dificuldades em esperar pela sua vez.	até 35 anos	29	29,71	298,500	2	.226
		36 ou mais anos	25	24,94			
		Total	54				
	15. Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	até 35 anos	29	29,26	311,500	2	.349
		36 ou mais anos	25	25,46			
		Total	54				
	1. Dificuldade na relação com os pares.	até 35 anos	29	31,16	256,500	2	.054
		36 ou mais anos	25	23,26			
		Total	54				
	2. Pouca persistência e baixa motivação.	até 35 anos	29	29,09	316,500	2	.400
		36 ou mais anos	25	25,66			
		Total	54				
	3. Comportamentos agressivos e de oposição.	até 35 anos	29	29,74	297,500	2	.243
		36 ou mais anos	25	24,90			
		Total	54				
	4. Não aceitar nem respeitar regras.	até 35 anos	29	27,83	353,000	2	.857
		36 ou mais anos	25	27,12			
		Total	54				
	5. Dificuldades de aprendizagem.	até 35 anos	29	29,12	315,500	2	.390
		36 ou mais anos	25	25,62			
		Total	54				
	6. Baixa auto-estima.	até 35 anos	29	32,10	229,000	2	.013
		36 ou mais anos	25	22,16			
		Total	54				
	7. Fraca noção do perigo.	até 35 anos	29	28,81	324,500	2	.481

		36 ou mais anos	25	25,98			
		Total	54				
	8.Propensão para comportamentos de risco.	até 35 anos	29	29,55	303,500	2	.262
		36 ou mais anos	25	25,12			
		Total	54				

$p < .05$

Como se pode observar na Tabela 13, em relação às características do aluno com PHDA (escala II.1), consoante a idade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens, logo, aceita-se para estas características a hipótese H01; ou seja, a idade não influencia as opiniões dos sujeitos relativamente às características dos alunos com PHDA (segundo os critérios da DSM-IV). Numa análise mais profunda, podemos verificar que nos itens 4, 5, 6, 7, 13, 14 e 15, são os professores que têm até 35 anos de idade os que têm opiniões mais favoráveis, ao passo que para os itens 2, 3, 8 e 9 são os professores com mais idade.

No que diz respeito aos problemas associados à PHDA (escala II.2), apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no item 6 (*Baixa auto-estima*) [$U=229,000$ (2); $p=.013$]; logo, à exceção deste item, em que se rejeita a hipótese H01, para os restantes itens aceita-se esta hipótese. Ou seja, a idade dos professores não influencia estatisticamente as opiniões dos professores, relativamente aos problemas associados à PHDA, à exceção do item *baixa auto-estima*. Para este item são os professores mais novos que têm opiniões mais favoráveis.

Numa análise mais profunda, nos itens onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas, constatamos que são também os professores mais novos (até 35 anos), aqueles que apresentam opiniões mais favoráveis a que estes sejam problemas associados à PHDA.

Tabela 14 – Resultados da hipótese H01 para as estratégias de intervenção educativa, consoante a idade.

Escala	Estratégias	Idade agrupada	N	Média	U	df	Signifi- cância
III Estratégias de intervenção educativa	1.Avaliar os problemas específicos do aluno para melhor planear e selecionar os componentes de intervenção.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	24,93 30,48	288,000	2	.100
	2.Manter a sala e o ambiente educativo devidamente estruturados.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	25,64 29,66	308,500	2	.301
	3.Realizar trabalhos de grupo, a pares, de tutoria.(trabalho cooperativo)	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	27,71 27,26	356,500	2	.911
	4.Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	26,50 28,66	333,500	2	.588
	5.Sentar o aluno longe de focos de distração (janelas, corredor, ar condicionado...).	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	27,62 27,36	359,000	2	.947
	6.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas) e relembra-las frequentemente.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	24,19 31,34	266,500	2	.074
	7.Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma tarefa específica.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	26,91 28,18	345,500	2	.748
	8.Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	23,60 32,02	249,500	2	.022
	9.Dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, distribuídas em separado.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	28,71 26,10	327,500	2	.511
	10.Dar as instruções iniciais de forma clara e por etapas.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	25,12 30,26	293,500	2	.176
	11.Circular pela sala monitorizando o comportamento do aluno e dando “feedback” frequente e específico, de modo não intrusivo.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	25,93 29,32	317,000	2	.398
	12.Utilizar o reforço positivo, premiando e valorizando a realização das tarefas.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	26,07 29,16	321,000	2	.403
	13.Recompensar o aluno pelo comportamento adequado logo após o mesmo se verificar.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	26,55 28,60	335,000	2	.612
	14.Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado.	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	27,72 27,24	356,000	2	.907
	15.Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da	até 35 anos 36 ou mais anos Total	29 25 54	22,45 33,36	216,000	2	.003

	<i>sua ação.</i>						
	16. Preparar um "canto" na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados	até 35 anos	29	28,53	332,500	2	.591
		36 ou mais anos	25	26,30			
		Total	54				
	17.Recorrer ao "time out"(colocar o aluno fora da sala uns minutos, até se acalmar), caso exista um local próprio e uma pessoa preparada para o acompanhar.	até 35 anos	29	28,00	348,000	2	.793
		36 ou mais anos	25	26,92			
		Total	54				
	18.Utilizar o computador como ferramenta de trabalho.	até 35 anos	29	26,38	330,000	2	.552
		36 ou mais anos	25	28,80			
		Total	54				
	19.Prestar apoio individualizado ao aluno, sempre que possível.	até 35 anos	29	25,29	298,500	2	.213
		36 ou mais anos	25	30,06			
		Total	54				
	20.Manter um contacto frequente com o Encarregado de Educação.	até 35 anos	29	25,64	308,500	2	.260
		36 ou mais anos	25	29,66			
		Total	54				

$p < .05$

Conforme se vê na tabela 14, para estudar o efeito da variável *idade* sobre a variável *estratégias educativas de intervenção*, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nos itens 8 (*Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa*) [$U=249,500$ (2); $p=.022$] e 15 (*Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação*) [$U=216,000$ (2); $p=.003$].

Para estas duas estratégias rejeita-se a hipótese H01, ou seja, a idade influencia as opiniões que os professores têm sobre os alunos com PHDA, relativamente a estas duas estratégias. Para as outras estratégias não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se para elas a hipótese nula; ou seja, a idade dos professores não influencia as restantes estratégias usadas pelos mesmos.

Analisando a tendência das respostas nas estratégias que apresentam diferenças estatisticamente significativas (itens 8 e 15), verifica-se que são os professores com mais idade que têm opiniões mais favoráveis.

Numa análise mais profunda, onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas, apenas nos itens 9, 16 e 17, são os professores mais novos que apresentam opiniões mais favoráveis, enquanto nos restantes itens são os professores com 36 ou mais anos de idade.

Tabela 15 - Resultados da hipótese H01 para as práticas de intervenção educativa, consoante a idade.

Escala	Práticas	Idade média	N	Média	U	Df	Signifi- cância
IV Práticas de intervenção educativa	<i>1.Tratamento Multimodal</i> <i>(medicação, instrução/educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações a aplicar na escola e em casa).</i>	até 35 anos	29	24,34	271,000	2	.065
		36 ou mais anos	25	31,16			
		Total	54				
	<i>2.Medicação associada a terapia-comportamental.</i>	até 35 anos	29	23,38	243,000	2	.021
		36 ou mais anos	25	32,28			
		Total	54				
	<i>3.Medicação do aluno.</i>	até 35 anos	29	24,19	266,500	2	.081
		36 ou mais anos	25	31,34			
		Total	54				
	<i>4.Terapia familiar.</i>	até 35 anos	29	25,05	291,500	2	.199
		36 ou mais anos	25	30,34			
		Total	54				
	<i>5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.</i>	até 35 anos	29	27,59	360,000	2	.964
		36 ou mais anos	25	27,40			
		Total	54				
	<i>6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.</i>	até 35 anos	29	26,17	324,000	2	.458
		36 ou mais anos	25	29,04			
		Total	54				
	<i>7.Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar.</i>	até 35 anos	29	25,00	290,000	2	.109
		36 ou mais anos	25	30,40			
		Total	54				
	<i>8.Apoio Pedagógico Personalizado (da Educação Especial).</i>	até 35 anos	29	23,43	244,500	2	.020
		36 ou mais anos	25	32,22			
		Total	54				

 $p < .05$

Em relação ao efeito da variável *idade*, nas *práticas de intervenção educativa* em alunos com PHDA, como se pode observar através da Tabela 15, apenas existem diferenças estatisticamente significativas para os itens 2 (*Medicação associada a terapia-comportamental*) [$U=243,000$ (2); $p=.021$] e 8 (*Apoio Pedagógico Personalizado*) [$U=244,500$ (2); $p=.020$]; logo, para estas duas práticas educativas rejeita-se a hipótese H01 enquanto para as outras se aceita esta hipótese. Ou seja, a idade influencia as opiniões dos professores, apenas relativamente a estas duas práticas educativas de intervenção. Analisando a direcionalidade destas duas práticas, são os professores com mais idade que têm opiniões mais favoráveis à sua utilização.

Apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas nos restantes itens, verificamos que são também os professores com mais idade que apresentam opiniões mais favoráveis.

Para a hipótese de trabalho H2 (*Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1º CEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA, consoante o tempo de serviço.*), definiu-se a seguinte hipótese nula:

- H02= Não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante o tempo de serviço.

Nas tabelas seguintes (tabelas 16, 17 e 18), apresentaremos os resultados obtidos para a testagem desta hipótese que serão alvo de uma breve análise.

Tabela 16 – Resultados da hipótese H02 para as características do aluno com PHDA, consoante o tempo de serviço.

Escala	Características/ Problemas associados à PHDA	Tempo de serviço	N	Média	U	df	Signifi- cância
II.1 Características do aluno com PHDA (segundo os critérios da DSM-IV)	1.Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades mais lúdicas.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	27,92 27,11	353,000	2	.840
	2.Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,15 28,75	329,000	2	.462
	3.Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	25,81 29,07	320,000	2	.407
	4.Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	29,54 25,61	311,000	2	.318
	5.Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram o esforço mental permanente.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,37 26,70	341,500	2	.685
	6.Perde objetos necessários a tarefas e atividades.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,77 28,18	345,000	2	.728
	7.Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	27,94 27,09	352,500	2	.825
	8.Esquece-se das atividades quotidianas.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	25,10 29,73	301,500	2	.245
	9.Fala excessivamente, interrompe e perturba os colegas.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	24,35 30,43	282,000	2	.136

	10.Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,69 28,25	343,000	2	.694
	11.Levanta-se da cadeira, salta, corre, anda pela sala de aula.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,25 26,80	344,500	2	.717
	12.Muito ativo, como se estivesse “ligado a um motor”.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	27,23 27,75	357,000	2	.897
	13.Precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,56 26,52	336,500	2	.615
	14.Sente dificuldades em esperar pela sua vez.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	30,77 24,46	279,000	2	.108
	15.Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,63 26,45	334,500	2	.589
II.2 Problemas associados à PHDA	1.Dificuldade na relação com os pares.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,67 26,41	333,500	2	.581
	2.Pouca persistência e baixa motivação.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,27 26,79	344,000	2	.715
	3.Comportamentos agressivos e de oposição.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	29,81 25,36	304,000	2	.282
	4.Não aceitar nem respeitar regras.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,90 28,05	348,500	2	.769
	5.Dificuldades de aprendizagem.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	27,46 27,54	363,000	2	.985
	6.Baixa auto-estima.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	31,48 23,80	260,500	2	.054
	7.Fraca noção do perigo.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,21 26,84	345,500	2	.732
	8.Propensão para comportamentos de risco.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	29,25 25,88	318,500	2	.392

$p < .05$

Ao observarmos a Tabela 16 (escala II.1), verificamos que em relação ao efeito da variável *tempo de serviço* na variável *características dos alunos com PHDA*, não existem diferenças estatisticamente significativas pelo que se aceita a hipótese H02 para todos os itens referentes às características dos alunos com PHDA (segundo os critérios da DSM-IV).

Numa análise mais profunda sobre a opinião dos professores do 1ºCEB, acerca das características dos alunos com PHDA, para os itens 2, 3, 6, 8, 9 e 10, são os professores com 11 ou mais anos de tempo de serviço, que têm opiniões mais favoráveis, enquanto nos itens 4, 5, 11, 13, 14, e 15, são os professores com menos tempo de serviço.

No que diz respeito aos problemas associados à PHDA (escala II.2), não se verificam diferenças estatisticamente significativas de opinião em nenhum dos itens, pelo que se aceita para eles a hipótese H02. Numa análise mais profunda, verificamos que no item 4 são os professores com 11 ou mais anos de tempo de serviço que têm opiniões mais favoráveis, enquanto para os restantes itens, são os professores com menos tempo de serviço que aparecem com opiniões mais favoráveis.

Tabela 17 - Resultados da hipótese H02 para as estratégias de intervenção educativa, consoante o tempo de serviço.

Escala	Estratégias	Tempo de serviço	N	Média	U	df	Signifi- cância
III Estratégias de intervenção educativa	1.Avaliar os problemas específicos do aluno para melhor planear e selecionar os componentes de intervenção.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	24,71 30,09	291,500	2	.110
	2.Manter a sala e o ambiente educativo devidamente estruturados.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,02 28,88	325,500	2	.462
	3.Realizar trabalhos de grupo, a pares, de tutoria.(trabalho cooperativo)	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,38 26,68	341,000	2	.668
	4.Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,52 28,41	338,500	2	.634
	5.Sentar o aluno longe de focos de distração(janelas, corredor, ar condicionado...).	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,62 26,46	335,000	2	.584
	6.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas) e relembrá-las frequentemente.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,65 28,29	342,000	2	.683
	7.Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma tarefa específica.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	27,46 27,54	363,000	2	.985
	8.Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	24,92 29,89	297,000	2	.177
	9.Dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, distribuídas em separado.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	28,85 26,25	329,000	2	.511
	10.Dar as instruções iniciais de forma clara e por etapas.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	26,29 28,63	332,500	2	.538
	11.Circular pela sala monitorizando o comportamento do aluno e dando “feedback”frequente e específico, de modo não intrusivo.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	25,58 29,29	314,000	2	.354
	12.Utilizar o reforço positivo, premiando e valorizando a realização das tarefas.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	27,58 27,43	362,000	2	.968
	13.Recompensar o aluno pelo comportamento adequado logo após o mesmo se verificar.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	27,96 27,07	352,000	2	.825
	14.Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado.	até 10 anos 11 ou mais anos Total	26 28 54	25,94 28,95	323,500	2	.466
	15.Chamar a atenção do aluno no	até 10 anos	26	21,96	220,000	2	.003

	<i>sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação.</i>	11 ou mais anos	28	32,64			
		Total	54				
	16. Preparar um "canto" na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados.	até 10 anos	26	28,02	350,500	2	.809
		11 ou mais anos	28	27,02			
		Total	54				
	17. Recorrer ao "time out" (colocar o aluno fora da sala uns minutos, até se acalmar), caso exista um local próprio e uma pessoa preparada para o acompanhar.	até 10 anos	26	26,90	348,500	2	.779
		11 ou mais anos	28	28,05			
		Total	54				
	18. Utilizar o computador como ferramenta de trabalho.	até 10 anos	26	28,83	329,500	2	.528
		11 ou mais anos	28	26,27			
		Total	54				
	19. Prestar apoio individualizado ao aluno, sempre que possível.	até 10 anos	26	26,83	346,500	2	.734
		11 ou mais anos	28	28,13			
		Total	54				
	20. Manter um contacto frequente com o Encarregado de Educação.	até 10 anos	26	26,58	340,000	2	.617
		11 ou mais anos	28	28,36			
		Total	54				

$p < .05$

Conforme se vê na tabela 17, para estudar o efeito da variável *tempo de serviço* sobre a variável *estratégias de intervenção educativa*, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no item 15 (*Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação*) [U=220,000 (2); $p=.003$].

Para esta estratégia rejeita-se a hipótese H02, ou seja, a idade influencia as opiniões que os professores têm sobre os alunos com PHDA, referente a esta estratégia. Para as outras estratégias não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se para elas a hipótese nula, no que concerne entre a variável tempo de serviço e as estratégias usadas pelos professores do 1ºCEB.

Analisando a tendência das respostas na estratégia que apresenta diferenças estatisticamente significativas (item 15), verifica-se que são os professores com mais idade que têm opiniões mais favoráveis.

Numa análise mais profunda, onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas, verificamos que nos itens 3, 5, 9, 16 e 18, são os professores que têm até 10 anos de tempo de serviço, que apresentam opiniões mais favoráveis, enquanto nos itens 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 17, 19 e 20, são os professores com mais tempo de serviço.

Tabela 18 - Resultados da hipótese H02 para as práticas de intervenção educativa, consoante o tempo de serviço.

Escala	Práticas	Tempo de serviço	N	Média	U	df	Signifi- cância
IV Práticas de intervenção educativa	<i>1.Tratamento Multimodal</i> (medicação, instrução/educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações a aplicar na escola e em casa).	até 10 anos	26	26,65	316,000	2	.334
		11 ou mais anos	28	29,21			
		Total	54				
	<i>2.Medicação associada a terapia-comportamental.</i>	até 10 anos	26	24,56	287,500	2	.140
		11 ou mais anos	28	30,23			
		Total	54				
	<i>3.Medicação do aluno.</i>	até 10 anos	26	25,81	320,000	2	.425
		11 ou mais anos	28	29,07			
		Total	54				
	<i>4.Terapia familiar.</i>	até 10 anos	26	26,15	329,000	2	.527
		11 ou mais anos	28	28,75			
		Total	54				
	<i>5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.</i>	até 10 anos	26	29,81	303,000	2	.274
		11 ou mais anos	28	25,36			
		Total	54				
	<i>6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.</i>	até 10 anos	26	26,29	332,500	2	.545
		11 ou mais anos	28	28,63			
		Total	54				
	<i>7.Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar.</i>	até 10 anos	26	24,81	294,000	2	.122
		11 ou mais anos	28	30,00			
		Total	54				
	<i>8.Apoio Pedagógico Personalizado (da Educação Especial).</i>	até 10 anos	26	23,85	269,000	2	.062
		11 ou mais anos	28	30,89			
		Total	54				

 $p < .05$

Em relação ao efeito da variável *tempo de serviço*, nas práticas de intervenção educativa em alunos com PHDA, como se pode observar na Tabela 18, não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese H02 para todos os itens.

Apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas, verificamos que apenas no item 5 são os professores com menos tempo de serviço que valorizam mais esta prática, enquanto em todas as outras são os professores com mais tempo de serviço.

Para a hipótese de trabalho H3 (*Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1º CEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA, consoante a situação profissional.*), definiu-se a seguinte hipótese nula:

- H03= Não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a situação profissional.

Nas tabelas seguintes (tabelas 19, 20 e 21), apresentaremos os resultados obtidos para a testagem desta hipótese que serão alvo de uma breve análise.

Tabela 19 - Resultados da hipótese H03 para as características do aluno com PHDA, consoante a situação profissional.

Escala	Características/ Problemas associados à PHDA	Situação profissional	N	Média	U	df	Signifi- cância
II.1 Características do aluno com PHDA (segundo critérios da DSM-IV)	1.Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades mais lúdicas.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	27,11 27,92	353,000	2	.840
	2.Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,75 26,15	329,000	2	.462
	3.Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	29,07 25,81	320,000	2	.407
	4.Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	25,61 29,54	311,000	2	.318
	5.Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram o esforço mental permanente.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,70 28,37	341,500	2	.685
	6.Perde objetos necessários a tarefas e atividades.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,18 26,77	345,000	2	.728
	7.Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	27,09 27,94	352,500	2	.825
	8.Esquece-se das atividades quotidianas.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	29,73 25,10	301,500	2	.245
	9.Fala excessivamente, interrompe e perturba os colegas.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	30,43 24,35	282,000	2	.136

	10.Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,25 26,69	343,000	2	.694
	11.Levanta-se da cadeira, salta, corre, anda pela sala de aula.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,80 28,25	344,500	2	.717
	12.Muito ativo, como se estivesse “ligado a um motor”.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	27,75 27,23	357,000	2	.897
	13.Precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,52 28,56	336,500	2	.615
	14.Sente dificuldades em esperar pela sua vez.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	24,46 30,77	279,000	2	.108
	15.Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,45 28,63	334,500	2	.589
II.2 Problemas associados à PHDA	1.Dificuldade na relação com os pares.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,41 28,67	333,500	2	.581
	2.Pouca persistência e baixa motivação.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,79 28,27	344,000	2	.715
	3.Comportamentos agressivos e de oposição.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	25,36 29,81	304,000	2	.282
	4.Não aceitar nem respeitar regras.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,05 26,90	348,500	2	.769
	5.Dificuldades de aprendizagem.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	27,54 27,46	363,000	2	.985
	6.Baixa auto-estima.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	23,80 31,48	260,500	2	.054
	7.Fraca noção do perigo.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,84 28,21	345,500	2	.732
	8.Propensão para comportamentos de risco.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	25,88 29,25	318,500	2	.392

$p < .05$

Ao observarmos a Tabela 19 (escala II.1), verificamos que em relação ao efeito da variável *situação profissional*, na variável *características dos alunos com PHDA*, não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese H03 para todos os itens; ou seja, em relação a este estudo, a situação profissional dos professores do 1ºCEB não influencia as suas opiniões sobre as características dos alunos com PHDA.

Numa análise mais profunda sobre a opinião dos professores do 1ºCEB, acerca das características dos alunos com PHDA, verificamos que nos itens 2, 3, 6, 8, 9 e 10, são os professores do quadro que têm opiniões mais favoráveis, enquanto nos itens 4, 5, 11, 13, 14, e 15, são os professores contratados.

No que diz respeito aos problemas associados à PHDA (escala II.2), verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese nula para todos os itens.

Apesar da situação profissional não influenciar as opiniões dos sujeitos relativamente aos problemas associados à PHDA, numa análise mais profunda, verificamos que no item 4 são os professores do quadro que têm opiniões mais favoráveis, enquanto nos restantes itens são os professores contratados.

Tabela 20 - Resultados da hipótese H03 para as estratégias de intervenção educativa, consoante a situação profissional.

Escala	Estratégias	Situação profissional	N	Média	U	Df	Significância
III Estratégias de intervenção educativa	1.Avaliar os problemas específicos do aluno para melhor planear e selecionar os componentes de intervenção.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	30,09 24,71	291,500	2	.110
	2.Manter a sala e o ambiente educativo devidamente estruturados.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,88 26,02	325,500	2	.462
	3.Realizar trabalhos de grupo, a pares, de tutoria.(trabalho cooperativo)	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,68 28,38	341,000	2	.668
	4.Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,41 26,52	338,500	2	.634
	5.Sentar o aluno longe de focos de distração(janelas, corredor, ar condicionado...).	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,46 28,62	335,000	2	.584
	6.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas) e relembra-las frequentemente.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,29 26,65	342,000	2	.683
	7.Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma tarefa específica.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	27,54 27,46	363,000	2	.985
	8.Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	29,89 24,96	297,000	2	.177
	9.Dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, distribuídas em separado.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	26,25 28,85	329,000	2	.511
	10.Dar as instruções iniciais de forma clara e por etapas.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,63 26,29	332,500	2	.538
	11.Circular pela sala monitorizando o comportamento do aluno e dando "feedback" frequente e específico, de modo não intrusivo.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	29,29 25,58	314,000	2	.354
	12.Utilizar o reforço positivo, premiando e valorizando a realização das tarefas.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	27,43 27,58	362,000	2	.968
	13.Recompensar o aluno pelo comportamento adequado logo após o mesmo se verificar.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	27,07 27,96	352,000	2	.825
	14.Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado.	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	28,95 25,94	323,500	2	.466
	15.Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da	Prof. do Quadro Prof. Contratado Total	28 26 54	32,64 21,96	220,000	2	.003

	<i>sua ação.</i>						
	16. Preparar um "canto" na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados.	Prof. do Quadro	28	27,02	350,500	2	.809
		Prof. Contratado	26	28,02			
		Total	54				
	17.Recorrer ao "time out"(colocar o aluno fora da sala uns minutos, até se acalmar), caso exista um local próprio e uma pessoa preparada para o acompanhar.	Prof. do Quadro	28	28,05	348,500	2	.779
		Prof. Contratado	26	26,90			
		Total	54				
	18.Utilizar o computador como ferramenta de trabalho.	Prof. do Quadro	28	26,27	329,500	2	.528
		Prof. Contratado	26	28,83			
		Total	54				
	19.Prestar apoio individualizado ao aluno, sempre que possível.	Prof. do Quadro	28	28,13	346,500	2	.734
		Prof. Contratado	26	26,83			
		Total	54				
	20.Manter um contacto frequente com o Encarregado de Educação.	Prof. do Quadro	28	28,36	340,000	2	.617
		Prof. Contratado	26	26,58			
		Total	54				

$p < .05$

Através da observação da tabela 20, para estudar o efeito da variável *situação profissional* sobre a variável *estratégias de intervenção educativa*, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no item 15 (*Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação*) [$U=220,000$ (2); $p=.003$].

Para esta estratégia rejeita-se a hipótese H03, ou seja, a idade influencia as opiniões que os professores do 1ºCEB têm sobre os alunos com PHDA, referente a esta estratégia. Para as outras estratégias não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se para elas esta hipótese nula, no que concerne entre a variável situação profissional e as estratégias usadas pelos professores do 1ºCEB; ou seja, apenas para o item 15 a situação profissional influencia a opinião dos professores sobre as características dos alunos com PHDA.

Analisando a tendência das respostas na estratégia que apresenta diferenças estatisticamente significativas (item 15), verifica-se que são os professores do quadro que têm opiniões mais favoráveis.

Numa análise mais profunda, onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas, apenas nos itens 3, 5, 9, 16 e 18, são os professores com menos estabilidade profissional (contratados) que apresentam opiniões mais favoráveis, enquanto nos itens 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 17, 19 e 20 são os professores do quadro.

Tabela 21- Resultados da hipótese H03 para as práticas de intervenção educativa, consoante a situação profissional.

Escala	Práticas	Situação profissional	N	Média	U	df	Significância
IV Práticas de intervenção educativa	<i>1.Tratamento Multimodal (medicação, instrução/educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações a aplicar na escola e em casa).</i>	Prof. do Quadro	28	29,21	316,000	2	.334
		Prof. Contratado	26	25,65			
		Total	54				
	<i>2.Medicação associada a terapia-comportamental.</i>	Prof. do Quadro	28	30,23	287,500	2	.140
		Prof. Contratado	26	24,56			
		Total	54				
	<i>3.Medicação do aluno.</i>	Prof. do Quadro	28	29,07	320,000	2	.425
		Prof. Contratado	26	25,81			
		Total	54				
	<i>4.Terapia familiar.</i>	Prof. do Quadro	28	28,75	329,000	2	.527
		Prof. Contratado	26	26,15			
		Total	54				
	<i>5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.</i>	Prof. do Quadro	28	25,36	304,000	2	.274
		Prof. Contratado	26	29,81			
		Total	54				
	<i>6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.</i>	Prof. do Quadro	28	28,63	332,500	2	.545
		Prof. Contratado	26	26,29			
		Total	54				
	<i>7.Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar.</i>	Prof. do Quadro	28	30,00	294,000	2	.122
		Prof. Contratado	26	24,81			
		Total	54				
	<i>8.Apoio Pedagógico Personalizado (da Educação Especial).</i>	Prof. do Quadro	28	30,89	269,000	2	.062
		Prof. Contratado	26	23,85			
		Total	54				

 $p < .05$

Em relação ao efeito da variável *situação profissional* nas práticas de intervenção educativa em alunos com PHDA, como se pode observar na Tabela 21, não existem diferenças estatisticamente significativas, pelo que se aceita a hipótese H03.

Apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas, numa análise mais profunda, podemos verificar que são os professores com mais estabilidade profissional (professores do quadro) que valorizam mais estas práticas, à exceção do item 5, em que são os professores contratados.

Para a hipótese de trabalho H4 (*Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1º CEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA, consoante a experiência com alunos com esta perturbação.*), definiu-se a seguinte hipótese nula:

- H04= Não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a experiência com alunos com esta perturbação.

Nas tabelas seguintes (tabelas 22, 23 e 24) apresentaremos os resultados obtidos para a testagem desta hipótese que serão alvo de uma breve análise.

Tabela 22 - Resultados da hipótese H04 para as características do aluno com PHDA, consoante a experiência com alunos com PHDA.

Escala	Características/ Problemas associados à PHDA	Experiência (Este ano tem alunos com PHDA no seu grupo/turma?)	N	Média	U	df	Signifi- cância
II.1 Características do aluno com PHDA (segundo critérios da DSM-IV)	1.Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades mais lúdicas.	Sim Não Total	28 26 54	28,08 27,00	348,000	2	.789
	2.Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades.	Sim Não Total	28 26 54	28,18 26,91	345,500	2	.720
	3.Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.	Sim Não Total	28 26 54	25,84 28,93	321,000	2	.434
	4.Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas.	Sim Não Total	28 26 54	23,72 30,76	268,000	2	.075
	5.Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram o esforço mental permanente.	Sim Não Total	28 26 54	23,74 30,74	268,500	2	.089
	6.Perde objetos necessários a tarefas e atividades.	Sim Não Total	28 26 54	25,68 29,07	317,000	2	.404
	7.Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	Sim Não Total	28 26 54	30,82 24,64	279,500	2	.110
	8.Esquece-se das atividades quotidianas.	Sim Não	28 26	27,74 27,29	356,500	2	.911

		Total	54				
	9.Fala excessivamente, interrompe e perturba os colegas.	Sim	28	29,62	309,500	2	.335
		Não	26	25,67			
		Total	54				
	10.Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	Sim	28	28,04	349,000	2	.800
		Não	26	27,03			
		Total	54				
	11.Levanta-se da cadeira, salta, corre, anda pela sala de aula.	Sim	28	26,70	342,500	2	.710
		Não	26	28,19			
		Total	54				
II.2 Problemas associados à PHDA	12.Muito ativo, como se estivesse “ligado a um motor”.	Sim	28	25,84	321,000	2	.441
		Não	26	28,93			
		Total	54				
	13.Precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado.	Sim	28	26,48	337,000	2	.640
		Não	26	28,38			
		Total	54				
	14.Sente dificuldades em esperar pela sua vez.	Sim	28	26,74	343,500	2	.719
		Não	26	28,16			
		Total	54				
	15.Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	Sim	28	24,72	293,000	2	.202
		Não	26	29,90			
		Total	54				
	1.Dificuldade na relação com os pares.	Sim	28	26,60	340,000	2	.683
		Não	26	28,28			
		Total	54				
	2.Pouca persistência e baixa motivação.	Sim	28	23,30	257,500	2	.055
		Não	26	31,12			
		Total	54				
	3.Comportamentos agressivos e de oposição.	Sim	28	24,30	282,500	2	.151
		Não	26	30,26			
		Total	54				
	4.Não aceitar nem respeitar regras.	Sim	28	25,34	308,500	2	.304
		Não	26	29,36			
		Total	54				
	5.Dificuldades de aprendizagem.	Sim	28	28,18	345,500	2	.756
		Não	26	26,91			
		Total	54				
	6.Baixa auto-estima.	Sim	28	24,12	278,000	2	.116
		Não	26	30,41			
		Total	54				
	7.Fraca noção do perigo.	Sim	28	25,82	320,500	2	.436
		Não	26	28,95			
		Total	54				
	8.Propensão para comportamentos de risco.	Sim	28	25,52	313,000	2	.351
		Não	26	29,21			
		Total	54				

$p < .05$

Ao observarmos a Tabela 22 (escala II.1), verificamos que em relação ao efeito da variável *experiência com alunos com PHDA no grupo/turma*, na variável *características dos alunos com PHDA*, não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese H04 para todos os itens; ou seja, em relação a este estudo, a experiência dos professores do 1ºCEB com alunos com PHDA na turma/grupo de trabalho, no presente ano letivo, não influencia as suas opiniões sobre as características dos alunos com PHDA.

Numa análise mais profunda sobre a opinião dos professores do 1ºCEB, acerca das características dos alunos com PHDA, verifica-se que nos itens 1, 2, 7, 9 e 10, são os professores que têm alunos com PHDA na sua turma/grupo de trabalho, que têm opiniões mais favoráveis, enquanto nos itens 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, e 15, são os professores que não têm alunos com PHDA nesta situação.

No que diz respeito aos problemas associados à PHDA (II.2), verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese nula para todos os itens. Apesar da experiência não influenciar as opiniões dos sujeitos relativamente aos problemas associados à PHDA, numa análise mais profunda, verificamos que no item 5 são os professores que têm alunos com PHDA na sua turma/grupo de trabalho, que têm opiniões mais favoráveis, enquanto nos restantes itens, são os professores que não têm alunos com PHDA na turma.

Tabela 23 - Resultados da hipótese H04 para as estratégias de intervenção educativa, consoante a experiência com alunos com PHDA.

Escala	Estratégias	Experiência (Este ano tem alunos com PHDA no seu grupo/turma?)	N	Média	U	Df	Signifi- cância
III Estratégias de intervenção educativa	1.Avaliar os problemas específicos do aluno para melhor planear e selecionar os componentes de intervenção.	Sim Não Total	25 29 54	29,50 25,78	312,500	2	.269
	2.Manter a sala e o ambiente educativo devidamente estruturados.	Sim Não Total	25 29 54	29,38 25,88	315,500	2	.368
	3.Realizar trabalhos de grupo, a pares, de tutoria.(trabalho cooperativo)	Sim Não Total	25 29 54	27,66 27,36	358,500	2	.940
	4.Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	Sim Não Total	25 29 54	29,46 25,81	313,500	2	.360
	5.Sentar o aluno longe de focos de distração(janelas, corredor, ar condicionado...).	Sim Não Total	25 29 54	28,02 27,05	349,500	2	.806
	6.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas) e relembra-las frequentemente.	Sim Não Total	25 29 54	30,26 25,12	293,500	2	.199
	7.Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma tarefa específica.	Sim Não Total	25 29 54	27,42 27,57	360,500	2	.970
	8.Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa.	Sim Não Total	25 29 54	28,42 26,71	339,500	2	.642
	9.Dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, distribuídas em separado.	Sim Não Total	25 29 54	26,66 28,22	341,500	2	.693
	10.Dar as instruções iniciais de forma clara e por etapas.	Sim Não Total	25 29 54	28,74 26,43	331,500	2	.543
	11.Circular pela sala monitorizando o comportamento do aluno e dando "feedback" frequente e específico, de modo não intrusivo.	Sim Não Total	25 29 54	27,88 27,17	353,000	2	.860
	12.Utilizar o reforço positivo, premiando e valorizando a realização das tarefas.	Sim Não Total	25 29 54	25,16 29,52	304,000	2	.238
	13.Recompensar o aluno pelo comportamento adequado logo após o mesmo se verificar.	Sim Não Total	25 29 54	26,82 28,09	345,500	2	.754
	14.Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado.	Sim Não Total	25 29 54	25,16 29,52	304,000	2	.291

	15. Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação.	Sim	25	28,76	331,000	2	.519
		Não	29	26,41			
		Total	54				
	16. Preparar um "canto" na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados.	Sim	25	25,84	321,000	2	.457
		Não	29	28,93			
		Total	54				
	17. Recorrer ao "time out" (colocar o aluno fora da sala uns minutos, até se acalmar), caso exista um local próprio e uma pessoa preparada para o acompanhar.	Sim	25	28,38	340,500	2	.690
		Não	29	26,74			
		Total	54				
	18. Utilizar o computador como ferramenta de trabalho.	Sim	25	25,96	324,000	2	.481
		Não	29	28,83			
		Total	54				
	19. Prestar apoio individualizado ao aluno, sempre que possível.	Sim	25	27,72	357,000	2	.915
		Não	29	27,31			
		Total	54				
	20. Manter um contacto frequente com o Encarregado de Educação.	Sim	25	28,46	338,500	2	.617
		Não	29	26,67			
		Total	54				

$p < .05$

Através da tabela 23, para estudar o efeito da variável *experiência com alunos com PHDA* sobre a variável *estratégias de intervenção educativa*, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese H04 no que diz respeito às estratégias de intervenção educativa; ou seja, a experiência dos sujeitos não influencia as suas opiniões sobre as estratégias educativas de intervenção a utilizar na sala de aula.

Analisando a tendência das respostas, nos itens 9, 12, 13, 14, 16 e 18, são os professores que não têm alunos com PHDA na sua turma/grupo de trabalho, no presente ano letivo, que apresentam opiniões mais favoráveis à utilização destas estratégias, enquanto nos itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 15, 17 e 20, são os professores que têm alunos na turma.

Tabela 24 - Resultados da hipótese H04 para as práticas de intervenção educativa, consoante a experiência com alunos com PHDA.

Escala	Práticas	Experiência (Este ano tem alunos com PHDA no seu grupo/turma?)	N	Média	U	Df	Signifi- cância
IV Práticas de intervenção educativa	<i>1.Tratamento Multimodal (medicação, instrução/educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações a aplicar na escola e em casa).</i>	Sim	25	24,58	360,500	2	.968
		Não	29	27,43			
		Total	54				
	<i>2.Medicação associada a terapia-comportamental.</i>	Sim	25	29,12	322,000	2	.433
		Não	29	26,10			
		Total	54				
	<i>3.Medicação do aluno.</i>	Sim	25	28,14	346,500	2	.771
		Não	29	26,95			
		Total	54				
	<i>4.Terapia familiar.</i>	Sim	25	25,98	324,500	2	.492
		Não	29	28,81			
		Total	54				
	<i>5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.</i>	Sim	25	25,60	315,000	2	.386
		Não	29	29,14			
		Total	54				
	<i>6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.</i>	Sim	25	28,20	345,000	2	.736
		Não	29	26,90			
		Total	54				
	<i>7.Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar.</i>	Sim	25	31,00	275,000	2	.053
		Não	29	24,48			
		Total	54				
	<i>8.Apoio Pedagógico Personalizado (da Educação Especial).</i>	Sim	25	31,76	256,000	2	.036
		Não	29	23,83			
		Total	54				

$p < .05$

Ao observarmos a tabela 24, para estudar o efeito da variável *experiência com alunos com PHDA* sobre a variável *práticas de intervenção educativa*, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no item 8 (*Apoio Pedagógico Personalizado*) [$U=256,000$ (2); $p=.036$]; logo, à exceção deste item em que se rejeita a hipótese H04, em relação às práticas de intervenção educativa, para todos os outros aceita-se a hipótese H04.

Analisando a tendência das respostas, no item 8, onde se verifica que a experiência influencia as opiniões dos professores em relação às práticas de intervenção educativa, observamos que são os professores com alunos com PHDA na sala no presente ano letivo, que têm opiniões mais favoráveis a esta prática.

Numa análise mais profunda aos itens em que não existem diferenças estatisticamente significativas, verificamos que nos itens 2, 3, 6 e 7, são os professores que têm alunos com PHDA na sua turma/grupo de trabalho este ano letivo, que apresentam opiniões mais favoráveis à

utilização destas práticas, enquanto nos itens 1, 4 e 5, são os professores que não têm alunos nesta situação.

Para a hipótese de trabalho H5 (*Existem diferenças nas opiniões dos professores do 1º CEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção, em alunos com PHDA, consoante a formação.*), definiu-se a seguinte hipótese nula:

- H05= Não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores do 1ºCEB sobre as características, as estratégias e as práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, consoante a formação.

Nas tabelas seguintes (tabelas 25, 26 e 27) apresentaremos os resultados obtidos para a testagem desta hipótese que serão alvo de uma breve análise.

Tabela 25 - Resultados da hipótese H05 para as características do aluno com PHDA, consoante a formação.

Escala	Características/ Problemas associados à PHDA	Formação	N	Média	U	df	Signifi- cância
II.1 Características do aluno com PHDA (segundo critérios da DSM-IV)	1.Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades mais lúdicas.	Sim	21	28,43	327,000	2	.713
		Não	33	26,91			
		Total	54				
	2.Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades.	Sim	21	29,07	313,500	2	.477
		Não	33	26,50			
		Total	54				
	3.Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.	Sim	21	30,62	281,000	2	.206
		Não	33	25,52			
		Total	54				
	4.Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas.	Sim	21	32,43	243,000	2	.046
		Não	33	24,36			
		Total	54				
	5.Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram o esforço mental permanente.	Sim	21	31,07	271,500	2	.165
		Não	33	25,23			
		Total	54				
	6.Perde objetos necessários a tarefas e atividades.	Sim	21	27,38	344,000	2	.963
		Não	33	27,58			
		Total	54				
	7.Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	Sim	21	26,24	320,000	2	.601
		Não	33	28,30			
		Total	54				

	8. Esquece-se das atividades quotidianas.	Sim	21	28,45	326,500	2	.703
		Não	33	26,89			
		Total	54				
	9. Fala excessivamente, interrompe e perturba os colegas.	Sim	21	30,14	291,000	2	.301
		Não	33	25,82			
		Total	54				
	10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	Sim	21	26,21	319,500	2	.604
		Não	33	28,32			
		Total	54				
	11. Levanta-se da cadeira, salta, corre, anda pela sala de aula.	Sim	21	27,67	343,000	2	.947
		Não	33	27,39			
		Total	54				
	12. Muito ativo, como se estivesse “ligado a um motor”.	Sim	21	29,74	299,500	2	.373
		Não	33	26,08			
		Total	54				
	13. Precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado.	Sim	21	30,74	278,500	2	.203
		Não	33	25,44			
		Total	54				
	14. Sente dificuldades em esperar pela sua vez.	Sim	21	30,93	274,500	2	.163
		Não	33	25,32			
		Total	54				
	15. Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	Sim	21	26,90	334,000	2	.815
		Não	33	27,88			
		Total	54				
II.2 Problemas associados à PHDA	1. Dificuldade na relação com os pares.	Sim	21	32,14	249,000	2	.070
		Não	33	24,55			
		Total	54				
	2. Pouca persistência e baixa motivação.	Sim	21	31,62	260,000	2	.106
		Não	33	24,88			
		Total	54				
	3. Comportamentos agressivos e de oposição.	Sim	21	30,76	278,000	2	.208
		Não	33	25,42			
		Total	54				
	4. Não aceitar nem respeitar regras.	Sim	21	28,57	324,000	2	.662
		Não	33	26,82			
		Total	54				
	5. Dificuldades de aprendizagem.	Sim	21	29,29	311,000	2	.506
		Não	33	26,42			
		Total	54				
	6. Baixa auto-estima.	Sim	21	31,10	271,000	2	.150
		Não	33	25,21			
		Total	54				
	7. Fraca noção do perigo.	Sim	21	28,38	328,000	2	.726
		Não	33	26,94			
		Total	54				
	8. Propensão para comportamentos de risco.	Sim	21	27,07	337,500	2	.862
		Não	33	27,77			
		Total	54				

$p < .05$

Como se pode observar na Tabela 25 (escala II.1), no que se refere às características do aluno com PHDA, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no item 4 (*Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas*) [$U=243,000$ (2); $p=.046$]; logo, à exceção deste item, em que se rejeita a hipótese H_0 , em relação às características dos alunos com PHDA, para todos os outros itens aceita-se a hipótese H_0 . Ou seja, a formação dos professores não influencia estatisticamente as opiniões dos professores quanto às características dos alunos com PHDA, à exceção do item 4.

Analisando a tendência das respostas para esta característica (item 4), verificamos que são os professores com formação que têm opiniões mais favoráveis.

Numa análise mais profunda, nos itens que não apresentam diferenças estatisticamente significativas, verificamos que apenas nos itens 7, 10 e 15 os professores sem formação os mais favoráveis a que estas sejam características do aluno com PHDA, enquanto nos restantes itens são os professores com formação.

Em relação aos problemas associados à PHDA (escala II.2), verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese H_0 para todos os itens. Apesar da formação não influenciar significativamente as opiniões dos sujeitos relativamente aos problemas associados à PHDA, numa análise mais profunda, verificamos que são os professores com formação, aqueles que são mais favoráveis a que estes sejam problemas associados à PHDA.

Tabela 26 - Resultados da hipótese H05 para as estratégias de intervenção educativa, consoante a formação.

Escala	Estratégias	Formação	N	Média	U	Df	Signifi- cância
III Estratégias de intervenção educativa	1.Avaliar os problemas específicos do aluno para melhor planear e selecionar os componentes de intervenção.	Sim Não Total	21 33 54	28,81 26,67	319,000	2	.534
	2.Manter a sala e o ambiente educativo devidamente estruturados.	Sim Não Total	21 33 54	26,02 28,44	315,500	2	.544
	3.Realizar trabalhos de grupo, a pares, de tutoria.(trabalho cooperativo)	Sim Não Total	21 33 54	29,07 26,50	313,500	2	.528
	4.Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	Sim Não Total	21 33 54	26,26 28,29	320,500	2	.619
	5.Sentar o aluno longe de focos de distração(janelas, corredor, ar condicionado...).	Sim Não Total	21 33 54	24,81 29,21	290,000	2	.274
	6.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas) e relembra-las frequentemente.	Sim Não Total	21 33 54	28,40 26,92	327,500	2	.717
	7.Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma tarefa específica.	Sim Não Total	21 33 54	25,17 28,98	297,500	2	.343
	8.Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa.	Sim Não Total	21 33 54	26,69 28,02	329,500	2	.725
	9.Dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, distribuídas em separado.	Sim Não Total	21 33 54	29,83 26,02	297,500	2	.346
	10.Dar as instruções iniciais de forma clara e por etapas.	Sim Não Total	21 33 54	29,57 26,18	303,000	2	.383
	11.Circular pela sala monitorizando o comportamento do aluno e dando “feedback”frequente e específico, de modo não intrusivo.	Sim Não Total	21 33 54	31,17 24,91	261,000	2	.104
	12.Utilizar o reforço positivo, premiando e valorizando a realização das tarefas.	Sim Não Total	21 33 54	28,67 26,76	322,000	2	.613
	13.Recompensar o aluno pelo comportamento adequado logo após o mesmo se verificar.	Sim Não Total	21 33 54	28,90 26,61	317,000	2	.578
	14.Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado.	Sim Não Total	21 33 54	32,81 24,12	235,000	2	.039
	15.Chamar a atenção do aluno no	Sim	21	25,19	298,000	2	.310

	<i>sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação.</i>	Não	33	28,97			
		Total	54				
	<i>16. Preparar um "canto" na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados.</i>	Sim	21	31,57	261,000	2	.117
		Não	33	24,91			
		Total	54				
	<i>17. Recorrer ao "time out" (colocar o aluno fora da sala uns minutos, até se acalmar), caso exista um local próprio e uma pessoa preparada para o acompanhar.</i>	Sim	21	27,36	343,500	2	.956
		Não	33	27,59			
		Total	54				
	<i>18. Utilizar o computador como ferramenta de trabalho.</i>	Sim	21	24,45	282,500	2	.230
		Não	33	29,44			
		Total	54				
	<i>19. Prestar apoio individualizado ao aluno, sempre que possível.</i>	Sim	21	25,50	304,500	2	.403
		Não	33	28,77			
		Total	54				
	<i>20. Manter um contacto frequente com o Encarregado de Educação.</i>	Sim	21	28,79	319,500	2	.565
		Não	33	26,68			
		Total	54				

$p < .05$

Conforme se vê na tabela 26, para estudar o efeito da variável *formação* sobre a variável *estratégias educativas de intervenção*, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no item 14 (*Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado*) [$U=235,000$ (2); $p=.039$].

Para esta estratégia rejeita-se a hipótese H_{05} , ou seja, a formação influencia as opiniões que os professores têm sobre os alunos com PHDA, referente a esta estratégia. Para as outras estratégias não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se para elas a hipótese nula, no que concerne entre a variável formação e as estratégias educativas usadas pelos professores.

Analisando a tendência das respostas para o item 14, verificamos que são os professores com formação que têm opiniões mais favoráveis.

Numa análise mais profunda, verificamos que nos itens 1, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16 e 20 são também os professores com formação que têm opiniões mais favoráveis à utilização destas estratégias, enquanto nos itens 2, 4, 5, 7, 8, 15, 18 e 19, são os professores sem formação.

Tabela 27 - Resultados da hipótese H05 para as práticas de intervenção educativa, consoante a formação.

Escala	Práticas	Formação	N	Média	U	Df	Signifi- cância
IV Práticas de intervenção educativa	<i>1.Tratamento Multimodal</i> <i>(medicação, instrução/educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações a aplicar na escola e em casa).</i>	Sim	21	27,98	336,500	2	.837
		Não	33	27,20			
		Total	54				
	<i>2.Medicação associada a terapia-comportamental.</i>	Sim	21	26,60	327,500	2	.707
		Não	33	28,08			
		Total	54				
	<i>3.Medicação do aluno.</i>	Sim	21	26,24	320,000	2	.622
		Não	33	28,30			
		Total	54				
	<i>4.Terapia familiar.</i>	Sim	21	28,98	315,500	2	.566
		Não	33	26,56			
		Total	54				
	<i>5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.</i>	Sim	21	27,05	337,000	2	.859
		Não	33	27,79			
		Total	54				
	<i>6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.</i>	Sim	21	27,33	343,000	2	.945
		Não	33	27,61			
		Total	54				
	<i>7.Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar.</i>	Sim	21	26,79	331,500	2	.734
		Não	33	27,95			
		Total	54				
	<i>8.Apoio Pedagógico Personalizado (da Educação Especial).</i>	Sim	21	26,24	320,000	2	.593
		Não	33	28,30			
		Total	54				

 $p < .05$

Em relação ao efeito da variável formação, nas práticas de intervenção educativa em alunos com PHDA, como se pode observar na Tabela 27, não existem diferenças estatisticamente significativas, logo aceita-se a hipótese H03 para todos os itens.

Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, numa análise mais profunda, verificamos que no item 4 (*Terapia familiar*) são os professores que têm formação na PHDA, aqueles que têm opiniões mais favoráveis à utilização desta prática, enquanto nos itens 2, 3, 7 e 8, são os professores sem formação na PHDA.

2. Interpretação e discussão dos resultados

Apresentaremos, seguidamente, a interpretação e discussão dos resultados, com base na literatura descrita e na apresentação dos resultados delimitados no subcapítulo anterior.

No pressuposto de que, conhecer as opiniões dos professores do 1ºCEB, relativamente às características dos alunos com PHDA, bem como às estratégias e às práticas de intervenção educativa por si utilizadas, é uma mais-valia para o processo de ensino/aprendizagem, esta investigação pretende contribuir para a construção de uma escola mais inclusiva.

Dado o enorme volume de resultados, esta análise seguirá, logicamente, os três pontos do subcapítulo anterior.

Ponto 1- Análise do conhecimento que os sujeitos têm sobre a PHDA.

Relativamente ao conhecimento que os professores possuem através da experiência com alunos com PHDA, verificamos que a maior parte dos professores (79,6%) afirmam já ter tido alunos com PHDA na sua sala de aulas em anos letivos anteriores. No presente ano letivo, 46,3% têm alunos com esta perturbação na sala de aula/grupo de trabalho. Estes valores elevados vão ao encontro do quadro teórico defendido por Rodrigues (2006; citada por Reis, 2006), que refere que existe em Portugal, um elevado número de crianças afetadas por esta perturbação (entre 35mil a 50mil), sendo que, segundo a American Psychiatric Association (2002), a prevalência das crianças com PHDA em idade escolar se encontra entre os 3 e os 7%.

Em relação ao conhecimento que os professores do 1ºCEB têm acerca do profissional mais habilitado ao diagnóstico da PHDA, verificamos que a maior parte dos sujeitos (72,2%) considerou o profissional clínico (médico/neurologista/pedopsiquiatra), como tal. Também (Nielson, 1999; Selikowitz, 2010), são da opinião que o profissional clínico é o mais indicado à realização do diagnóstico; no entanto, referem que estes devem fazer-se acompanhar de um psicólogo que desempenha um papel fundamental no processo de diagnóstico da PHDA. Em relação ao psicólogo, apenas 22,2% dos sujeitos o apontam como profissional habilitado ao diagnóstico da PHDA, o que vai ao encontro do quadro teórico defendido por Lopes (2003), que refere que o diagnóstico feito, em simultâneo, por um médico e um psicólogo, apesar de ser o mais adequado, é muito pouco frequente em Portugal.

Quanto ao profissional que dá apoio aos alunos com PHDA, verificamos que 96,3% dos professores referiram que os professores da Educação Especial são os que estão mais presentes neste apoio. De acordo com o Decreto Lei 3/2008 de 7 de janeiro, está prevista como medida educativa o *Apoio pedagógico personalizado* (artigo 16º, ponto 2, alínea *a*), do respetivo decreto), entre as seis medidas educativas que visam assegurar o sucesso educativo e a inclusão dos alunos com NEE, pelo que se constata que as escolas onde lecionam os professores inquiridos, cumprem este decreto, no que se refere a esta medida educativa.

Podemos ainda verificar que 57,4% dos sujeitos referem que o professor titular de turma também dá apoio aos alunos com PHDA. Também Selikowitz (2010) defende que o apoio do professor titular de turma, que pode dispendir de um tempo diário na sala de aula para este efeito, é muito importante para a superação das dificuldades de aprendizagem destes alunos.

No que diz respeito ao conhecimento dos professores, através de formação sobre os temas PHDA ou Hiperatividade, constatamos que 38,9% dos sujeitos receberam formação nestes temas. De acordo com Correia (2008), a formação torna-se praticamente obrigatória no caso de haver alunos com NEE na escola e deve ser dada pelo menos aos professores, educadores e técnicos operacionais. Martinez et al (1993), referem ainda que para além destes profissionais, se possível, a formação deve ser dada a toda a comunidade escolar.

Ponto 2 – Análise descritiva sobre as opiniões dos professores do 1ºCEB face às características do aluno com PHDA, às estratégias e às práticas educativas de intervenção.

No que se refere às características dos alunos com PHDA, definidas pela American Psychiatric Association (2002), como critérios de diagnóstico da PHDA, constatamos que todas elas são consideradas pelos professores do 1ºCEB como características do aluno com PHDA, visto que as suas opiniões, para estas características, se apresentam sempre acima do ponto médio da escala (*3-adequada*). Visto que a grande maioria das características apresentadas, revelou médias muito próximas dos 4,00% ou mesmo acima desta percentagem, podemos afirmar que os sujeitos são muito favoráveis a que estas sejam características do aluno com PHDA.

Quanto aos problemas associados à PHDA, verificamos que os professores têm opiniões acima do ponto médio da escala (*3-adequada*) em relação a todos os itens, pelo que se constata que estes são considerados como problemas associados ao aluno com PHDA.

Em relação à utilização de estratégias de intervenção educativa (ver Tabela 10), verificou-se que os professores do 1º CEB são de opinião muito favorável à utilização da maior parte das estratégias;

salientamos como exceção a estratégia *Preparar um “canto” na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados*, com um valor médio de 2,57%, abaixo do ponto médio da escala (3- *adequada*). Isto indica que os professores não consideram esta estratégia como adequada a utilizar na sala de aula, com alunos com PHDA. Esta opinião vai ao encontro do quadro teórico defendido por Ainscow (1995), que refere que o aluno com PHDA não deve estar afastado dos outros colegas; de Nielson (1999), que afirma que colocar um aluno com esta perturbação à margem, num canto, poderá provocar maior distração, pelo que não é aconselhável fazê-lo; e de Correia (2008), que refere que colocar um aluno afastado dos colegas não conduz à inclusão.

No que diz respeito às práticas educativas de intervenção em alunos com PHDA, os sujeitos são muito favoráveis à utilização de todas as práticas apresentadas, o que vai ao encontro do quadro teórico defendido por alguns autores: Bréjard & Bonnet (2008) refere como práticas adequadas o *Tratamento Multimodal* e a *Terapia Familiar*; Garcia (2001) considera importante a utilização da *Medicação associada a terapia-comportamental*, as *Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico* e a *Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar*; DuPaul & Stonner (2007), por sua vez, são favoráveis à *Medicação do aluno* e à *Introdução de estratégias específicas na sala de aula*; por fim, Serra & Leal (2007) consideram o *Apoio Pedagógico Personalizado* como imprescindível na melhoria dos resultados escolares, comportamentos e atitudes dos alunos com PHDA.

No que diz respeito às opiniões dos sujeitos acerca de outras estratégias e/ou outras práticas educativas de intervenção, consideradas por si importantes no trabalho com os alunos com PHDA, fizemos um levantamento das mesmas através de uma análise de conteúdo. Salientamos as opiniões de três professores (5,6%), que referiram estratégias semelhantes relacionadas com *treino de relaxamento/concentração/meditação*. Estas opiniões vão ao encontro do quadro teórico defendido por Kabat-Zinn (2000), que refere que as técnicas de relaxamento e concentração, realizadas através da meditação, melhoram o bem-estar interior do indivíduo, diminuindo nele as situações de stress e as atitudes reativas que possam manifestar.

Além destas estratégias foram ainda referidas as seguintes:

- *Reforçar a auto-estima com muita frequência*; - *Rotinas diárias/trabalho a pares e tutoria, Número reduzido de alunos por turma*; - *Combinar com a Equipa estratégias a utilizar e utilizar sempre as mesmas, reformulando-as sempre que se justifique* (estas três estratégias são também aconselhadas por DuPaul & Stonner (2007) no trabalho com alunos com PHDA);

- *O apoio deve ser dado com o aluno inserido no grupo (não se deve isolar)* (também Correia (2008), aponta esta como uma prática de intervenção inclusiva);

- *Acompanhamento clínico/psicológico* (esta opinião vai ao encontro do quadro teórico defendido por Boubli (2001), que defende ainda que este acompanhamento deve ser dado o mais precocemente possível);

- *Contar até 10 muitas vezes, respirar fundo e acreditar no futuro* (esta é claramente uma opinião de desabafo de um dos professores inquiridos, este desabafo vai ao encontro do quadro teórico defendido por Nogueira & Lopes (1998), que referem que ter alunos com PHDA na sala de aula pode levar os professores a serem menos positivos, menos motivados para o trabalho e à redução da sua auto-estima).

Ponto 3- Testagem das hipóteses consideradas, face às características do aluno com PHDA, às estratégias e às práticas educativas de intervenção.

Este estudo foi norteado por 5 hipóteses que passamos a analisar.

Relativamente à primeira hipótese, no que diz respeito às características dos alunos com PHDA, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores em relação a nenhuma das características apresentadas, consoante a idade.

No que diz respeito aos problemas associados à PHDA, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a idade, apenas em relação à *Baixa auto-estima*. Verificamos ainda que são os professores mais novos (até 35 anos de idade) que têm opiniões mais favoráveis a que este seja um problema associado ao aluno com PHDA. Segundo Huberman (1992), os professores com menos idade, passam por uma fase de descoberta ao iniciarem a sua vida profissional, e é neste período, mais ou menos longo, que possibilita o confronto com o novo e a exploração de possibilidades de ação. Zabalza (1994), afirma ainda que o encontro dos professores com a realidade da sala de aula dificulta as suas relações com os alunos, bem como as interações advindas do processo de ensino-aprendizagem, o que pode favorecer situações de baixa auto-estima nos alunos. Justifica-se assim que sejam os professores mais novos os que mais consideram a *Baixa auto-estima* como um problema associado à PHDA.

No que diz respeito às estratégias de intervenção educativa, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a idade, apenas nas estratégias *Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa* e *Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação*. Constatamos ainda que são os professores com 36 ou mais anos de idade, os mais

favoráveis à sua utilização. Estas duas estratégias são apontadas por DuPaul & Stonner (2007), como comportamentos proativos do professor, que favorecem um melhor ambiente de aprendizagem. São assim os professores com mais idade que demonstram atitudes que visam a promoção de ambientes de aprendizagem mais adequados.

Para as restantes estratégias, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, verificamos que são também os professores com mais idade que manifestaram opiniões mais favoráveis à sua utilização. Também Huberman (1992), considera que os professores com mais idade adquirem mais consciência das responsabilidades e do seu papel enquanto educadores, sendo assim mais evidente, neste caso, a utilização de comportamentos mais proativos e menos reativos da sua parte.

Quanto às práticas de intervenção educativa, verificamos diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a idade, nas práticas *Medicação associada a terapia-comportamental* e *Apoio Pedagógico Personalizado*. Concluímos que a idade dos professores influencia significativamente as opiniões dos sujeitos relativamente a estas estratégias. Constatamos ainda que são os professores com 36 ou mais anos de idade, aqueles que demonstraram opiniões mais favoráveis à utilização destas práticas. Segundo Garcia (2001), a medicação associada à terapia comportamental faz com que a criança melhore de forma sustentada e estável ao longo do tempo. Sabendo que os professores com mais idade, são aqueles que, normalmente, têm turmas do 1º ao 4º ano de escolaridade, justifica-se que são eles, que melhor podem observar os efeitos desta prática, de forma sustentada e estável ao longo do tempo. Pela mesma ordem de razão, são também eles que podem verificar a importância e os benefícios que o Apoio Pedagógico Personalizado tem nos alunos com PHDA.

No que concerne à segunda hipótese, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante o tempo de serviço, na estratégia de intervenção educativa: *Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação*. Constatamos ainda que são os professores com mais tempo de serviço que têm opiniões mais favoráveis à utilização desta estratégia.

Estes dados refletem o quadro teórico defendido por Fuller & Bown (1975, citados por Cunha, 2003), que consideram que a fase que coincide com o início da carreira (fase da sobrevivência), se caracteriza pela afirmação do professor no envolvimento escolar e este sente dificuldade em dar respostas adequadas às necessidades da escola e dos alunos. Passando esta fase, os professores procuram respostas mais adequadas para a sua ação (estabelecimento de regras, condições de

trabalho, novas estratégias...), havendo uma maior preocupação com os alunos ao nível escolar, social e até familiar.

Tanto no que diz respeito às restantes estratégias de intervenção, como às características dos alunos com PHDA, aos problemas a eles associados e às práticas de intervenção educativa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante o tempo de serviço.

Analisando mais profundamente a tendência das respostas dos professores, onde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, constatamos que são os professores com mais tempo de serviço, aqueles que têm opiniões mais favoráveis tanto em relação às estratégias educativas como às práticas de intervenção educativa mais adequadas.

Esta tendência de respostas é justificável porque, como refere Huberman (1989, citado por Cunha, 2003), depois dos professores passarem a fase de entrada na carreira e a fase de estabilização, entram na fase de diversificação e de experimentação, em que têm uma maior abertura do seu desempenho no que toca a novas relações com os alunos, aos conteúdos, aos materiais e à aplicação de novas técnicas e estratégias de intervenção, com o propósito de atingir melhores resultados escolares e aspirar a cargos que lhes deem mais responsabilidade, autoridade e poder.

Relativamente à terceira hipótese, tanto no que diz respeito às características dos alunos com PHDA, como aos problemas a eles associados e às práticas de intervenção educativa, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a situação profissional.

No que diz respeito às estratégias de intervenção educativa, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a situação profissional, na estratégia *Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação*. Esta é uma atitude que os professores devem tomar, segundo DuPaul & Stonner (2007), de forma promover e centrar o trabalho nas tarefas escolares e evitar comportamentos disruptivos. Constatamos ainda que são os professores do quadro os mais favoráveis à utilização desta estratégia. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas nas restantes estratégias, numa análise mais profunda, verificamos que são também os professores do quadro que, tendencialmente, têm opiniões mais favoráveis à utilização da maioria das restantes estratégias educativas de intervenção.

Como refere Huberman (1973, citado por Cardoso, 2003), os professores mais credíveis no seio do estabelecimento de ensino, ou seja, neste caso, os professores com vínculo, são os que,

normalmente, têm atitudes mais inovadoras, tendendo mesmo a ser seguidos por colegas de profissão, pelo que se justifica que sejam os professores do quadro os mais favoráveis à utilização de diferentes estratégias educativas de intervenção.

No que respeita à quarta hipótese, tanto relativamente às características dos alunos com PHDA, como aos problemas a eles associados e às estratégias de intervenção educativa, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante têm ou não experiência com alunos com PHDA (se têm alunos com PHDA na sala de aula, no presente ano letivo).

Quanto às práticas de intervenção educativa, verificamos diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a experiência com alunos com PHDA no presente ano letivo, na prática *Apoio Pedagógico Personalizado*. Constatamos, ainda, que são os professores que têm experiência com alunos com PHDA, na sua sala de aulas, no presente ano letivo, aqueles que demonstraram opiniões mais favoráveis à utilização desta prática.

Consideramos compreensível que sejam os professores que contactam diariamente com os alunos com PHDA, os mais favoráveis a esta medida de apoio, isto porque são eles que se deparam com a necessidade que estes alunos têm de um apoio e atenção constantes por parte do professor. Como refere Selikowitz (2010), a escola deve providenciar professores que deem apoio aos alunos com PHDA, que possam dar uma ajuda suplementar ao professor da turma e dotar os alunos não só de capacidades ao nível académico, mas também ao nível comportamental e social.

Relativamente à quinta hipótese, no que diz respeito às características dos alunos com PHDA, verificamos diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a formação em PHDA ou Hiperatividade, na característica *Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas*. Constatamos ainda que são os professores com formação que têm opiniões mais favoráveis a que esta seja uma característica dos alunos com PHDA.

Também verificamos, numa análise mais profunda, nas restantes opiniões em que não existem diferenças estatisticamente significativas, que na maioria das características são os professores com formação que têm opiniões mais favoráveis.

Quanto aos problemas associados à PHDA, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, pelo que a formação não influencia significativamente a opinião dos sujeitos; no entanto, numa análise mais profunda, constatamos que são os professores com formação os mais atentos aos problemas associados à PHDA.

No que se refere às estratégias de intervenção educativa, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos professores, consoante a formação, na estratégia *Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado*. Constatamos ainda que são os professores com formação que têm opiniões mais favoráveis à utilização desta estratégia.

Poderíamos pensar que conduzir as aulas num ritmo rápido poderia provocar ainda mais agitação no aluno com PHDA, uma vez que já de si tem comportamentos agitados e perturbadores; no entanto, esta estratégia é apontada por DuPaul & Stonner (2007), como uma atitude que os professores devem tomar de forma a prevenir, mais do que a reagir, aos comportamentos dos alunos com PHDA, colocando os alunos em trabalho constante e dinâmico.

Constatamos assim que os professores com formação em PHDA são aqueles que estão mais atentos às características e aos problemas associados a estes alunos bem como são eles que utilizam estratégias mais proativas e dinâmicas. Neste contexto releva-se à formação uma elevada importância, pois é através dela, como refere Cardoso (2003), que o professor adquire um maior número de conhecimentos e competências, possibilitando a modificação das suas atitudes em direção à inovação. Também Correia (2008) aponta a formação como obrigatória em escolas com alunos com NEE, para que se possa assistir a uma verdadeira inclusão e a práticas educativas adequadas.

CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES

Neste capítulo, apresentamos as conclusões mais relevantes do estudo realizado, as limitações a ele inerentes e fazemos propostas ou sugestões para possíveis investigações futuras.

Parece-nos conveniente recordar que o nosso estudo começa com a revisão da literatura relativa, quer à escola inclusiva, quer à PHDA e às estratégias e às práticas de intervenção mais adequadas.

Nos dias de hoje assistimos a uma grande heterogeneidade de alunos presentes nas nossas escolas. De acordo com a revisão da literatura, a escola inclusiva constrói-se através da diferenciação pedagógica, da formação de professores e de outros agentes educativos e da colaboração destes como equipa. Só desta forma é possível encontrar as estratégias mais adequadas e inovadoras, que conduzam a intervenções adequadas e direcionadas a cada aluno em particular e ao grupo em geral.

Quando falamos da criança com PHDA, ganha ainda maior relevância o trabalho em equipa dos professores do ensino regular, os da Educação Especial e outros técnicos. Só através desta colaboração e da avaliação dos pontos fortes e dos pontos fracos de cada aluno será possível planear estratégias e práticas de intervenção adequadas, de forma consistente e prolongada ao longo do tempo.

Relativamente ao estudo empírico constatamos que os professores com formação em PHDA/Hiperatividade, são aqueles que melhor se apercebem das características dos alunos com PHDA e para eles definem as estratégias mais adequadas, demonstrando atitudes mais proativas e diferenciadoras. Verificamos ainda que os professores sem formação na PHDA/Hiperatividade, não se apercebem de algumas das características destes alunos e não definem para eles trabalhos adaptados a essas características.

Assim, consideramos que os professores que têm formação, estão mais sensibilizados para as dificuldades do que é trabalhar com estes alunos, daí estarem mais atentos às suas características e problemas, ao passo que os professores sem formação não estão tão preocupados com as necessidades, nem têm tanta noção das características dos mesmos. Ora, segundo o quadro teórico por nós apresentado, é através da formação que os professores adquirem um maior número de conhecimentos e competências e que melhor refletem sobre as suas práticas, atitudes e situações pedagógicas vividas. Isto leva-os a ter atitudes mais diversificadas e dinâmicas em direção à inovação e à diferenciação pedagógica.

Neste estudo, verificamos ainda que os professores que têm mais idade, mais tempo de serviço e os que têm maior estabilidade profissional (professores do quadro), foram aqueles que demonstraram opiniões mais seguras acerca das estratégias e das práticas educativas de intervenção

mais adequadas e eficazes, comparativamente com os professores mais novos, com menos tempo de serviço e com os professores contratados (menos estabilidade profissional), respetivamente.

Sabendo que, normalmente, os professores que têm mais idade são aqueles que têm mais tempo de serviço e são também os que pertencem ao Quadro (vinculados), pudemos estabelecer uma relação entre estas variáveis, o que se verificou nos resultados apresentados.

Em relação à variável idade, os autores citados no capítulo anterior consideram que os professores com mais idade adquirem mais consciência do seu papel enquanto educadores e são capazes de aplicar novas técnicas e estratégias de intervenção, com o propósito de atingir melhores resultados escolares.

Em relação ao tempo de serviço, verificamos igualmente que são os professores com mais tempo de serviço, que já passaram a fase de afirmação na carreira, aqueles que têm maior preocupação com os alunos a nível escolar, social e familiar, e são eles que procuram respostas mais adequadas para a sua ação, o que confirma os resultados de estudos referidos na fundamentação teórica, como mencionamos, oportunamente, na discussão dos resultados.

No que diz respeito à situação profissional (professores do quadro ou contratados), também o enquadramento teórico referido, aponta para que sejam os professores mais credíveis e com maior estabilidade no estabelecimento de ensino (neste caso os professores do quadro), os que normalmente têm atitudes mais inovadoras, tendendo a ser seguidos por colegas mais novos, ou com menos tempo de serviço.

No desenvolvimento do nosso trabalho encontramos algumas limitações. Estas foram: termos recorrido à seleção da nossa amostra por técnicas conveniência; ter criado novos questionários que, ao não se ter testado a consistência interna dos mesmos, não se conhece se poderiam ou não ser melhorados; não ter havido validação dos questionários por não haver um número suficiente de sujeitos na amostra; e existir a possibilidade de haver algumas variáveis parasitas que poderão ter influenciado alguns resultados.

Para a elaboração de algumas sugestões para trabalhos futuros nesta área partimos de alguns pontos que mais nos sensibilizaram ao longo do processo de interpretação e discussão dos resultados.

Verificamos que três professores (5,6% da amostra) apontaram a meditação/treino de relaxamento/concentração como estratégias benéficas para o aluno com PHDA. Como não existem, segundo parece, estudos com alunos com PHDA na área da meditação, pensamos que seria um bom ponto de partida para um próximo trabalho mais aprofundado, através de uma investigação-ação, na área da meditação/treino de relaxamento/concentração em alunos com PHDA.

Seria também pertinente estender a nossa investigação ao 2º CEB, ao 3º CEB e ao Secundário, alargando igualmente este estudo ao papel de outros agentes educativos, para assim encontrar semelhanças e diferenças de opinião, relativamente às características dos alunos com PHDA, bem como às estratégias e às práticas educativas utilizadas entre ciclos de ensino, com vista à melhoria comportamental, social e de aprendizagem destes alunos.

Para concluir, este estudo sensibilizou-nos para o problema da PHDA e dotou-nos de capacidades que pretendemos utilizar na nossa prática enquanto professores de Educação Especial. Fez-nos ainda refletir e sentir a importância do trabalho colaborativo e da partilha de conhecimentos entre professores do ensino regular, professores da Educação Especial e de outros agentes da educação, na vida académica e social dos alunos com PHDA.

CAPÍTULO V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainscow, M. (1995). *Educação para Todos: Torná-la uma realidade*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Apport.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, N. L. (2009). *Mal Entendidos*. Lisboa: Verso da Capa.
- Bairrão, J. (1998). *Subsídios para o Sistema de Educação-Os alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2007). *Filhos Teimosos e Rebeldes*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bénard da Costa, A. M. (1999). *Uma Educação Inclusiva a partir da escola que temos*. Conselho Nacional de Educação.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bréjard, V., & Bonnet, A. (2008). *A hiperactividade na criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Capucha, L. (2008). *Educação Especial: Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Cardoso, A. P. (2003). *A receptividade à mudança e à inovação pedagógica: o professor e o contexto escolar*. Porto: Asa Editores, S.A.
- Conners, C. (1997). *Conners Rating Scales-Revised*. Canada: MHS.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares-Coleção Educação Especial*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais - Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

- Cunha, A. C. (2003). The teachers socialization and the professional life's cycles. *Educação em Revista, n.4*, pp. 51-64.
- DuPaul, G. J., & Stonner, G. (2007). *TDHA nas Escolas-Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M.Books Editora.
- Falardeau, G. (1997). *As Crianças Hiperactivas*. Portugal: Mem Martins: Edições Cetop.
- Filipe, M. (2011). *Práticas/Estratégias educativas na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (tese de mestrado)*. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia, I. M. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Grawtitz, M. (1995). *Les méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Heacox, D. (2006). *Diferenciação curricular na sala de aula*. Porto: Porto Editora.
- Huberman, M. (1992). O Ciclo de vida profissional dos professores. In A. Nóvoa, *Vidas de Professores* (pp. 31-61). Porto: Porto Editora.
- Kabat-Zinn, J. (2000). A tomada de consciência através da meditação. In M. Toms, *O Poder da Meditação* (pp. 23-40). Lisboa: Monitor.
- Lopes, J. A. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J., & Rutherford, R. (2001). *Problemas de comportamento na sala de aulas - Identificação, Avaliação e Modificação*. Porto: Porto Editora.
- Marques, A. (2011). *Educação Inclusiva e Educação Especial. Indicadores chave para o desenvolvimento das escolas: um guia para directores*. Estoril: Ministério da Educação.
- Martínez, M. P., Garcia, M. C., & Montoro, J. M. (1993). *Dificuldades de Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Monteiro. (2011). *Hiperactividade e estratégias de intervenção: Aplicação de estratégias de intervenção por docentes do 1ºCEB (tese de mestrado)*. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Porto: Porto Editora.
- Niza, S. (2007). O Modelo Curricular de Educação Pré-Escolar da Escola Moderna Portuguesa. In J. Oliveira-Formosinho, D. Lino, & S. Niza, *Modelos Curriculares para a Educação de Infância: Construindo uma práxis de participação* (pp. 123-141). Porto: Porto Editora.
- Nogueira, A. L., & Lopes, J. A. (1998). Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção: Natureza e Intervenção. In J. A. Lopes, *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação* (pp. 11-35). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Perrenoud, P. (2000). *Pedagogia Diferenciada - Das Intenções à Ação*. Porto Alegre: Artmed.

- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Reis, T. (janeiro de 2006). Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção - Ensinar quem ensina. *Médico de Família- Um Olhar sobre* , pp. 64-65.
- Rodrigues, A., Casal, J., & Dias, P. (2012). (Com) *Textos de Educação Especial*. Ramada-Portugal: Edições Pedago - Isce.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperatividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Serra, H., & Leal, A. F. (junho de 2007). Cadernos de Estudo-Uma publicação do Centro de Investigação Paula Frassinetti. *Distúrbio Hiperactivo com Défice de Atenção e Problemas de Aprendizagem* , pp. 117-125.
- Serralha, F. (2009). Caracterização do Movimento da Escola Moderna,35. *Editorial Escola Moderna* , 5-50.
- Sosin, D., & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*. Porto: Porto Editora.
- Sousa, M., & Batista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lousã: Pactor.
- Sprinthall, N. A., & Sprinthall, R. C. (1993). *Psicologia Educacional*. Lisboa: McGraw-Hill.
- UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na área das Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Zabalza, A. (1994). *Diários de aula*. Porto: Porto Editora.

LEGISLAÇÃO:

Decreto Lei nº319/91, de 23 de agosto.

Decreto Lei nº3/2008, de 7 de janeiro.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário utilizado

Instituto Superior de Ciências Educativas (ISCE)
Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor

Questionário

Caro docente, caro colega:

O presente questionário, realizado no âmbito da Dissertação de *Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor*, no Instituto Superior de Ciências Educativas, tem como objetivo aferir quais as estratégias/práticas educativas mais utilizadas pelos professores do 1ºCiclo do Ensino Básico, em relação às características dos alunos com ***Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)***.

As informações são confidenciais e anónimas.

O êxito desta investigação depende da sua preciosa colaboração pelo que agradecemos que responda a todas as questões e de acordo com a realidade das suas práticas educativas.

Obrigado pela sua colaboração.

Manuel António Silva Costa
email: armamar.manuel@gmail.com

I- Caracterização dos sujeitos

A – Dados Biográficos

(Assinale com um **X** ou dê uma **resposta** no local reservado para o efeito)

1. **Género:** ☐ Feminino ☐ Masculino
2. **Idade :** ____ anos
3. **Tempo de serviço docente:**
☐ Menos de 5 anos ☐ De 11 a 20 anos
☐ De 5 a 10 anos ☐ Mais de 20 anos
4. **Situação Profissional:**
☐ Professor do Quadro ☐ Professor contratado
☐ Outra. Qual? _____.
5. **A desempenhar funções de:**
☐ Prof. Titular de Turma(1ºCiclo) ☐ Prof. de Apoio Educativo
☐ Prof. de Educação Especial ☐ Outro. Qual? _____.
6. **Habilitações:**
☐ Bacharelato ☐ Licenciatura
☐ Pós-Graduação/Especialização ☐ Mestrado
☐ Outra. Qual? _____.

B- Conhecimento dos docentes face à *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)*

(Assinale com um **X** ou dê uma **resposta** no local reservado para o efeito)

1. Este ano letivo tem alunos com PHDA na sua sala de aula/grupo de trabalho?

☐

Sim

☐

Não

Quantos? _____.

2. Já teve, em anos anteriores, alunos com PHDA na sala de aula/grupo de trabalho?

☐

Sim

☐

Não

- 2.1. Se respondeu **Não** às duas questões anteriores, o que é que os seus colegas professores, que têm alunos com PHDA, lhe dizem sobre eles?

3. Qual é o profissional ou profissionais, que considera mais habilitado(s) à realização do diagnóstico de alunos com PHDA?

☐

Professor Titular de Turma

☐

Professor da Educação Especial

☐

Psicólogo

☐

Médico/Neuropsiquiatra/Pedopsiquiatra

☐

Outro.

Qual? _____.

4. Quais são os profissionais que dão apoio aos alunos com PHDA, no Agrupamento onde leciona?

☐

Professor do Apoio Educativo

☐

Professor da Educação Especial

☐

Psicólogo

☐

Professor Titular de Turma

☐

Nenhum dos anteriores

☐

Outro.

Qual? _____.

5. Já realizou formação sobre os temas “PHDA” ou “Hiperatividade”?

☐

Sim

☐

Não

- 5.1. Se **Sim**, indique de que tipo:

☐

Inserida no curso de formação inicial

☐

Conferências/Palestras

☐

Ações de Formação

☐

Pós Graduação/Especialização, Mestrado ou Doutoramento

☐

Outro.

Qual? _____.

II- Características do aluno com PHDA

1. Na sua opinião, que características apresenta o aluno com PHDA?

(Classifique as seguintes afirmações de 1 a 5 sendo que: 1= nada frequente, 2=pouco frequente, 3=moderadamente frequente, 4=frequente, 5= muito frequente)

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades mais lúdicas.	1	2	3	4	5
2. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades.	1	2	3	4	5
3. Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares.	1	2	3	4	5
4. Tem dificuldade em organizar atividades ou tarefas.	1	2	3	4	5
5. Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental permanente (trabalhos escolares).	1	2	3	4	5
6. Perde objetos necessários a tarefas e atividades (material escolar).	1	2	3	4	5
7. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	1	2	3	4	5
8. Esquece-se das atividades quotidianas.	1	2	3	4	5
9. Fala excessivamente, interrompe e perturba os colegas.	1	2	3	4	5
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	1	2	3	4	5
11. Levanta-se da cadeira, salta, corre, anda pela sala de aula.	1	2	3	4	5
12. Muito ativo, age como se estivesse “ligado a um motor”.	1	2	3	4	5
13. Precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado.	1	2	3	4	5
14. Sente dificuldade em esperar pela sua vez.	1	2	3	4	5
15. Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	1	2	3	4	5
16. Outra. Qual? _____.					

2. Indique os problemas associados à PHDA que, na sua opinião, provocam maior inadaptação social ao aluno com este transtorno.

(Classifique as seguintes afirmações de 1 a 5 sendo que: 1= nada frequente, 2=pouco frequente, 3=moderadamente frequente, 4=frequente, 5= muito frequente)

1. Dificuldade na relação com os pares.	1	2	3	4	5
2. Pouca persistência e baixa motivação.	1	2	3	4	5
3. Comportamentos agressivos e de oposição.	1	2	3	4	5
4. Não aceitar e respeitar as regras.	1	2	3	4	5
5. Dificuldades de aprendizagem.	1	2	3	4	5
6. Baixa auto estima.	1	2	3	4	5
7. Fraca noção do perigo.	1	2	3	4	5
8. Propensão para comportamentos de risco.	1	2	3	4	5
9. Outro. Qual? _____.					

III- Estratégias de intervenção educativa

1. Indique, por grau de importância, as estratégias de intervenção em contexto escolar, que considera mais adequadas adotar pelo professor, no quotidiano de trabalho com crianças com PHDA.

(Classifique as seguintes afirmações de 1 a 5 sendo que 1= nada adequada, 2=pouco adequada, 3=adequada, 4=muito adequada e 5=totalmente adequada)

1. Avaliar os problemas específicos do aluno para melhor planear e selecionar os componentes de intervenção.	1	2	3	4	5
2. Manter a sala e o ambiente educativo devidamente estruturados.	1	2	3	4	5
3. Realizar trabalhos de grupo, a pares, de tutoria. (trabalho cooperativo)	1	2	3	4	5
4. Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	1	2	3	4	5
5. Sentar o aluno longe de focos de distração (janelas, corredor, ar condicionado...)	1	2	3	4	5
6. Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas) e relembra-las frequentemente.	1	2	3	4	5
7. Lembrar os comportamentos que espera do aluno perante uma tarefa específica.	1	2	3	4	5
8. Comunicar ao aluno as suas expectativas quanto ao tempo de cada tarefa.	1	2	3	4	5
9. Dividir os exercícios em partes mais pequenas e em folhas diferentes, distribuídas em separado.	1	2	3	4	5
10. Dar as instruções iniciais de forma clara e por etapas.	1	2	3	4	5
11. Circular pela sala monitorizando o comportamento do aluno e oferecendo "feedback" frequente e específico, de modo não intrusivo.	1	2	3	4	5
12. Utilizar o reforço positivo, premiando e valorizando a realização das tarefas.	1	2	3	4	5
13. Recompensar o aluno pelo comportamento adequado logo após o mesmo se verificar.	1	2	3	4	5
14. Conduzir as aulas num ritmo rápido e orientado.	1	2	3	4	5
15. Chamar a atenção do aluno no sentido de o reorientar para a tarefa e de o responsabilizar pelo produto da sua ação.	1	2	3	4	5
16. Preparar um "canto" na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso tenha comportamentos muito inadequados.	1	2	3	4	5
17. Recorrer ao "time-out" (colocar o aluno afastado da turma, fora da sala de aula, durante uns minutos, até se acalmar), caso exista um local próprio e uma pessoa preparada para o acompanhar.	1	2	3	4	5
18. Utilizar o computador como ferramenta de trabalho.	1	2	3	4	5
19. Prestar apoio individualizado ao aluno, sempre que possível.	1	2	3	4	5
20. Manter um contacto frequente com o Encarregado de Educação.	1	2	3	4	5
21. Indique, caso ache relevante, uma estratégia que considere eficaz no trabalho quotidiano em alunos com PHDA:_____.					

IV- Práticas educativas de intervenção

1. Indique, por grau de importância, quais das seguintes intervenções complementares, considera mais adequadas e poderão trazer mais benefícios à criança com PHDA?

(Classifique as seguintes afirmações de 1 a 5 sendo que 1= nada adequada, 2=pouco adequada, 3=adequada, 4=muito adequada e 5=totalmente adequada)

1.Tratamento Multimodal (medicação, instrução/educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações adicionais a aplicar na escola e em casa).	1	2	3	4	5
2.Medicação associada a terapia cognitivo-comportamental.	1	2	3	4	5
3.Medicação do aluno.	1	2	3	4	5
4.Terapia familiar.	1	2	3	4	5
5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.	1	2	3	4	5
6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.	1	2	3	4	5
7.Intervenção de uma equipa Multidisciplinar (professor titular de turma, psicólogo, médico, professor da Educação Especial e técnicos especializados).	1	2	3	4	5
8.Apoio Pedagógico Personalizado (da Educação Especial).	1	2	3	4	5
9.Indique, caso ache relevante, outra prática educativa de intervenção, que considere adequada e/ou que pode trazer benefícios à criança com PHDA._____.					

Obrigado pela sua disponibilidade.

Apêndice 2 – Pedido de autorização ao agrupamento de escolas

Manuel António Silva Costa

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a)

Agrupamento de Escolas

[REDACTED]

Sintra

Assunto: Pedido de autorização para distribuição de um questionário

No âmbito do curso de *Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor*, no Instituto Superior de Ciências Educativas de Odivelas, pretendo efetuar um estudo acerca do tema “Características, estratégias e práticas de intervenção educativa em alunos com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção”, pelo que venho solicitar junto de V. Exa. autorização para poder passar um questionário aos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, (professores titulares de turma, professores de Educação Especial e professores de apoio educativo), do seu Agrupamento.

Todas as informações recebidas serão tratadas de forma confidencial e anónima e serão utilizadas, única e exclusivamente, para este trabalho de investigação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Os melhores cumprimentos.

Manuel António Silva Costa

Odivelas, 18 de fevereiro de 2013